

UniversitätsSpital, Zürich
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Direktor: Prof. Dr. med. Edouard Battegay
Betreuung der Masterarbeit: PD Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones
Leitung der Masterarbeit: Prof. Dr. med. Edouard Battegay

**Vergleich der Inhalte “Anwendungsbereich” und “Behandlungsziel” einer
Patientenverfügung in den Medizin-ethischen Richtlinien der SAMW mit dem
jüdischen Religionsgesetz**

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Medicine (M Med)
der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von
Doron Schächter (09-741-901)

2015

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
2. Einleitung	4
3. Material und Methoden.....	7
3.1. Allgemeines	7
3.2. Inhalte einer Patientenverfügung	8
3.3. Halachische Betrachtung	11
4. Resultate.....	13
4.1. Inhalte einer Patientenverfügung	13
4.2. Vergleich zwischen der halachischen Sicht und den Richtlinien der SAMW zu den Inhalten einer Patientenverfügung	15
4.2.1. Anwendungsbereich	15
4.2.1.1. Halachische Sicht	16
4.2.1.2. Vergleich mit Richtlinien der SAMW	20
4.2.2. Behandlungsziel	23
4.2.2.1. Prognose	24
4.2.2.1.1. Halachische Sicht	25
4.2.2.1.2. Vergleich mit Richtlinien SAMW	27
5. Diskussion.....	31
5.1. Richtlinien der SAMW	31
5.2. Halachische Sicht	32
6. Literaturverzeichnis.....	34
6.1. Primärliteratur	34
6.2. Sekundärliteratur	34
7. Lebenslauf.....	37
8. Erklärung	38

1. Zusammenfassung

Einleitung, Fragestellung: Patientenverfügungen greifen inhaltlich diverse zentrale Punkte von End of Life Decisions auf. Diese Punkte sollen übersichtlich aufgelistet und dann aus der Sicht des jüdischen Religionsgesetzes, der sogenannten Halacha, beleuchtet werden. Ethische Grundsätze, welche dieser Betrachtung entspringen, sollen nun modernen ethischen Grundsätzen, welche den diversen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zugrunde liegen, gegenüber gestellt werden.

Methoden: Es werden emische und etische Betrachtungen angestellt, um den Versuch einer kulturvergleichenden qualitativen Inhaltsanalyse zu erlangen. Die halachischen Ausführungen entspringen meist einer halachisch-medizinischen Enzyklopädie, die Darlegungen der SAMW werden ihren Richtlinien entnommen.

Resultate: Diese Arbeit erstellt aus den Richtlinien der SAMW eine sinnvoll strukturierte Liste von empfohlenen Inhalten einer Patientenverfügung. Die Punkte "Anwendungsbereich" und "Behandlungsziel" werden darauf im Hinblick auf die Halacha analysiert. Diverse halachische Begriffe, welche Stadien des Lebensendes beschreiben, werden bei der Betrachtung des "Anwendungsbereiches" aufgezeigt und mögliche Parallelen aus der modernen medizinischen Terminologie vorgeschlagen. Dabei ist die Halacha den modernen ethischen Prinzipien teils sehr ähnlich, indem sie ab einem gewissen Punkt eine Irreversibilität des Sterbens akzeptiert und keine lebensverlängernden Massnahmen mehr zulässt. Bei der Analyse des "Behandlungsziels" steht die Spannung zwischen dem Überleben und der resultierenden Lebensqualität im Zentrum. Dabei steht für die SAMW das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, und somit auch sein Abwehrrecht gegen ungewollte medizinische Eingriffe, praktisch alleine im Vordergrund. Auch in der Halacha ist die Autonomie des Patienten zentral, transzendente Werte wie ein gottgegebenes Leben widersprechen jedoch zum Teil dem säkularen Grundrecht auf Selbstbestimmung, sodass gewisse Massnahmen manchmal nicht abgelehnt werden dürfen.

Schlussfolgerungen: Die ethischen Grundsätze auf welchen die Halacha respektive die Richtlinien der SAMW basieren sind teils recht unterschiedlich. Für die praktische Erstellung einer Patientenverfügung müssen solche Unterschiede jedoch nicht zwingend zur Geltung kommen, weil diverse Abwägungen diesbezüglich trotz dieser Differenzen sehr ähnlich ausfallen können.

2. Einleitung

Seitdem das neue Erwachsenenschutzrecht in der Schweiz am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist¹, genießt die Thematik der Patientenverfügungen erheblich mehr öffentliche Aufmerksamkeit. Die besagte Neuerung misst nämlich dem schriftlich festgehaltenen Willen des Patienten² viel mehr Gewicht bei als bisher. Wenn komplizierte und oft emotional aufreibende Entscheide über den Krankheitsverlauf und Tod eines Menschen früher noch meist durch die Angehörigen oder die behandelnde Ärzteschaft getragen wurde, wird heute in erster Linie eine Patientenverfügung für diese Entscheide konsultiert, um das Selbstbestimmungsrecht des Patienten möglichst zu stärken. So heisst es beispielsweise im Gesetzestext des Schweizerischen Zivilgesetzbuches: "Eine urteilsfähige Person kann in einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt."³ Dieses Dokument ist so entscheidend, dass im Falle einer Unklarheit über seine Existenz aktiv danach gesucht werden muss, wie es weiter heisst: "Ist die Patientin oder der Patient urteilsunfähig und ist nicht bekannt, ob eine Patientenverfügung vorliegt, so klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt dies anhand der Versichertenkarte ab."⁴

Zwei zentrale Fragestellungen bei solchen von der Patientenverfügung antizipierten "End of Life Decisions" sind die des Anwendungsbereiches und des Behandlungsziels. Der Anwendungsbereich soll festlegen, in welchen Situationen das vorliegende Dokument überhaupt zur Geltung kommen soll und in welchen nicht. Will man beispielsweise bestimmte Therapien bei Urteilsunfähigkeit erst ab einem gewissen Alter verneinen, so sollte dies in der Patientenverfügung selbst unbedingt erwähnt sein. Das Behandlungsteam kann nicht automatisch davon ausgehen, dass eine medizinische Massnahme nur unter gewissen Umständen unterlassen werden soll, selbst wenn dies bei den meisten Patienten der Fall sein sollte, wenn dies nicht ausdrücklich schriftlich festgehalten wird.

Das Behandlungs- oder Therapieziel gibt vor, was mit dem Einsatz verschiedenster therapeutischer Massnahmen bezweckt werden soll. Ein Patient beispielsweise, welcher eine Tetraplegie unbedingt vermeiden will, würde in gewissen Situationen ganz anders behandelt als jemand, der keine solche Einschränkung festgehalten hat.

Diese beiden Punkte sollten also in einer Patientenverfügung unbedingt unter den Titeln "Behandlungsziel" und "Anwendungsbereich" adressiert werden, damit möglichst viel Klarheit darüber besteht, wann und mit welcher Absicht eine Behandlung begonnen oder unterlassen werden soll. Diese beiden Themen sind dann auch im weiteren Verlauf Kernpunkt der Betrachtungen.

Diese Themen werfen aber eine ganz allgemeine Frage zu Patientenverfügungen auf, nämlich welche Inhalte denn überhaupt in eine solche gehören und welche nicht. Sucht man beispielsweise im Internet nach solchen Formularen, findet man nur schon für die Deutschschweiz unzählige Ausführungen. Einige davon sind mehr als 40 Seiten lang, andere wiederum beinhalten lediglich eine Seite. Die einen Formulare besprechen im Detail die diversen medizinischen Massnahmen, die anderen sprechen viel allgemeiner

¹ Am 19. Dezember 2008 vom Parlament verabschiedete Änderung des Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht).

² Auch wenn zur Bewahrung des Textflusses jeweils die männliche Form gebraucht wird, ist dabei immer auch die weibliche Form gemeint.

³ Art. 370 Abs. 1 ZGB.

⁴ Art. 372 Abs. 1 ZGB.

von Sterben in Würde, ohne dies jedoch weiter zu definieren oder sogar irgendwelche Behandlungsziele fest zu legen. Bei dieser Betrachtung merkt man, wie durchdacht eine Patientenverfügung - und dann wohl auch am hilfreichsten - bestenfalls sein sollte. Kann man aber die "richtigen" und relevanten Inhalte irgendwie festlegen und auflisten? Dazu habe ich mich an die Medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)⁵ gewandt und mithilfe dieser einen solchen Versuch gewagt.

Das Herausarbeiten dieser Inhalte einer Patientenverfügung sind jedoch nur ein Zwischenziel dieser Arbeit. In einem weiteren Schritt sollen diese Inhalte aus der Sicht des jüdischen Religionsgesetzes ("Halacha") beleuchtet werden. Der Begriff "Halacha" soll hier nun kurz erläutert werden. Damit gemeint ist ein Gesetzeskodex, welcher aus der schriftlichen und mündlichen Überlieferung der Tora⁶ resultiert. Der schriftliche Teil ist relativ überschaubar und auch bekannt, es handelt sich dabei um die fünf Bücher Mose. Wie dieses Schriftstück zur Ausübung seiner Vorschriften zu lesen sei, also die praxisorientierte Interpretation, ist Hauptgegenstand des mündlichen Teils der Tora, welcher also per Definition in seinem Ausmass praktisch endlos ist. Hinzu kommen dabei auch Verfügungen und Erweiterungen des Gesetzes durch die Rabbinen über mehrere Jahrhunderte, welche meist grossen Lernzentren im damaligen Babylonien und Palästina entspringen. Die Auflistung des Genannten, vor allem aber auch die Protokolle der teils heftigen Diskussionen der Gelehrten dazu, sind Kern des Babylonischen Talmuds,⁷ welcher wohl etwa im Jahre 700 n. Chr. in einer Mischung von aramäischer und hebräischer Sprache fertig gestellt wurde. Um diesem oft sehr verworrenen und auch schwer verständlichen Werk neue Struktur und Aktualität zu verleihen, wurden im Mittelalter erste streng nach Themen geordnete⁸ Kodizes erstellt, welche dann in weiten Teilen der jüdischen Gemeinden als gesetzlich massgebend betrachtet wurden. Die prominentesten darunter sind sicherlich "Mischne Tora" (Repetition der Tora) von Maimonides im 12. Jahrhundert, sozusagen das Pionierwerk seiner Art, und der "Schulchan Aruch" (Gedeckter Tisch) von Rabbi Yosef Karo aus dem 16. Jahrhundert, welcher mitsamt seinen Kommentaren aus späterer Zeit bis heute als Standardwerk der Halacha für die meisten orthodoxen Juden gilt. Seit den Kommentaren zum "Schulchan Aruch" wird die meiste halachische Literatur in Form von Responsa⁹ verfasst. Dies sind Sammelwerke von Briefwechseln eines grossen Tora-Gelehrten, wobei sich Fragende mit ihren halachischen Problemstellungen an diesen richten und dann meist lange und ausführlich begründete Antworten erhalten. In letzter Zeit hat sich vor allem in Israel und den USA eine gewisse Kultur von halachischen Journals entwickelt, wie man sie etwa aus dem

⁵ Diese Richtlinien sind auf der Website der SAMW unter <http://samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html> abrufbar (20.01.2015).

⁶ Grundsätzlich besteht die Tora gemäss rabbinisch-jüdischer Sicht aus diesen beiden Teilen, schriftlich und mündlich. Wenn in rabbinischen Schriften hingegen die Tora als Referenz angegeben wird, ist jeweils nur der schriftliche Teil gemeint.

⁷ Gewissermassen parallel dazu existiert auch ein Jerusalemer Talmud, welcher jedoch für die halachische Entscheidungsfindung dem babylonischen unterlegen ist und somit zu diesem Zweck nur selten beigezogen wird.

⁸ Auch der Talmud selbst hat bereits eine Einordnung in "Seder" (sechs übergeordneten Themengebiete) und "Massechet" (63 Traktate). Diese Ordnung ist jedoch nicht strikt und gibt meist nur zu Beginn eines Abschnittes das Thema vor, worauf ein assoziativer Denk- und Diskussionsprozess folgt.

⁹ Dieses Genre der Responsa gibt es schon seit viel früherer Zeit, beginnend wohl gleich nach der Beendigung des Talmuds.

Feld der Medizin kennt. Dabei verfassen Rabbiner oder auch akademisch gebildete Tora-Gelehrte halachische Artikel, welche in diesen dann publiziert werden.

Die Halacha nimmt Stellung zu den zentralen Themen, welche im Rahmen von End of Life Decisions von solchen Patientenverfügungen aufgegriffen werden. Ziel des Essays ist, diese Stellungen der Halacha zu eruieren und auch zu interpretieren im Hinblick auf die komplexen und immer wieder neuen Fragen, welche die zeitgemässe Medizin aufwirft. Demgegenüber wird aus den Richtlinien der SAMW zu denselben Inhalten eine Sichtweise erarbeitet, welche der einer modernen Ethik entsprechen sollte. Nun wird versucht, den Kern des Bedeutungsgehalts der Halacha mit den in den Dokumenten der SAMW zum Ausdruck gebrachten Kernelementen einer modernen säkularen Medizinethik zu vergleichen. Dies ist eine spannende inhaltliche Analyse, aber auch wichtig für gläubige Juden in der Praxis, da die Halacha ja für diese gilt und somit auf die heutige Zeit interpretiert werden muss. Dies wurde hier im Speziellen für die beiden Inhaltspunkte "Behandlungsziel" und "Anwendungsbereich" gemacht, welche oben erläutert wurden.

In dieser Arbeit werden verschiedene halachische aber auch moderne medizinische Quellen analysiert, interpretiert und verglichen. Es handelt sich hierbei um den Versuch einer kulturvergleichenden qualitativen Inhaltsanalyse, mit dem Ziel sowohl emische als auch etische Betrachtungen anzustellen und zu beurteilen.¹⁰ Resultierend daraus erstellt diese Arbeit aus den zum Thema relevanten Richtlinien der SAMW eine Liste von empfohlenen Inhalten einer Patientenverfügung. Jene Inhalte mit einer ethischen Relevanz werden nun im Hinblick auf das jüdischen Religionsgesetzes (Halacha) analysiert und diskutiert. Im Zentrum steht dabei die Stellung, welche die Halacha bei End of Life Decisions bezüglich dem Anwendungsbereich einer Patientenverfügung und den Behandlungszielen einnimmt, und wie diese in der heutigen medizinischen Realität praktikabel ist. Daraufhin werden Stellungnahmen in den Richtlinien der SAMW zu denselben Inhalten in den dazu relevanten ihrer Richtlinien untersucht und mit der halachischen Position verglichen. Dazu kommt aber auch jeweils eine persönliche Stellungnahme und Diskussion des Verfassers, was dem Text auch einen gewissen Charakter eines Essays verleiht.

¹⁰ Siehe mehr zu dieser Methodik unter dem Titel "Material und Methoden".

3. Material und Methoden

3.1. Allgemeines

Die Vorgehensweise in dieser Arbeit ist, dass Quellentexte aus verschiedenen kulturellen Konzepten miteinander verglichen werden. Diese beziehen sich auf Inhalte von Patientenverfügungen, welche nach einer bestimmten Methode, die im nächsten Abschnitt besprochen wird, ausgewählt wurden. Es handelt sich also um eine qualitative Inhaltsanalyse, obwohl diese eigentlich eine etwas strengere Systematik verlangen würde als die hier vorliegende. Folgendes Zitat beschreibt ein Verständnis einer solchen qualitativen Inhaltsanalyse: "Es geht um eine Zusammenfassung des Textes, die den im Text enthaltenen Sinn in so genannten Kategorien darstellt, die ihrerseits in einem System organisiert sind."¹¹ Annähernd so, wie hier bestimmt, soll auch in dieser Arbeit vorgegangen werden. Prof. Dr. Philipp Mayring, Soziologe und Mitbegründer dieser Methodik definiert noch etwas ausführlicher: "Das systematische Vorgehen zeigt sich aber auch darin, dass eine gute Inhaltsanalyse theoriegeleitet vorgeht. Sie will nicht einfach einen Text referieren, sondern analysiert ihr Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung; die Ergebnisse werden vom jeweiligen Theoried Hintergrund her interpretiert, und auch die einzelnen Analyseschritte sind von theoretischen Überlegungen geleitet. Theoriegeleitetheit bedeutet dabei nicht das Abheben von konkretem Material in Sphären der Unverständlichkeit, sondern heisst Anknüpfen an den Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Gegenstand."¹² Diese "Theoriegeleitetheit" soll auch hier möglichst einen roten Faden durch alle Kapitel hindurch geben. Die "theoretisch ausgewiesene Fragestellung" dabei ist, wie in der Einleitung beschrieben, ein Vergleich zwischen der halachischen Position zu End of Life Problemen und der einer modernen Ethik entsprechenden. Einige Anforderungen der qualitativen Inhaltsanalyse werden hierbei eingehalten, wie etwa folgende: "Ziel der Analyse ist eine Reduktion des Materials, aber so, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben."¹³ Anderen Auflagen wurde jedoch weniger nachgekommen: "Die Regelgeleitetheit ist es, die die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse systematisch und intersubjektiv nachvollziehbar macht."¹⁴ Eigentliche Regeln, nach welchen die Texte insgesamt analysiert werden, wurden hier nicht aufgestellt, trotzdem soll ein gutes Mass an "Intersubjektivität" erreichbar sein.

Bei einem solchen kulturellen Konzeptvergleich stellt sich die Schwierigkeit, dass dieser auch wirklich intersubjektiv dargestellt werden kann. Einerseits soll man als Subjekt Einblicke in die gewählten Kulturen haben, andererseits aber trotzdem objektiv darüber berichten und sie vergleichen können. Folgendes Zitat zeigt die Wichtigkeit des Kulturverständnisses in unserer modernen Welt: "Im Zeitalter der Globalisierung, der weltweiten Interaktion in Bereichen wie Technologie, Medien, Kultur und Wirtschaft rückt das Thema Kultur in das Zentrum der Überlegungen und die Kenntnis der Logik fremder Kulturen gehört zum unerlässlichen Handwerkszeug weltumspannenden

¹¹ Ramsenthaler C. Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“. In: Schnell M, Schulz C, Kolbe H, Dunger C, Hrsg. Der Patient am Lebensende, Palliative Care und Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2013. S. 23-42.

¹² Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz Pädagogik; 2010. S. 13.

¹³ Ramsenthaler, Was ist "Qualitative Inhaltsanalyse?", S. 30.

¹⁴ Ibid., S. 24.

Wirtschaftens.”¹⁵ Aus dieser Wichtigkeit der Kulturen selber resultiert auch, dass diese analysiert und miteinander verglichen werden. Eine Möglichkeit, wie dabei vorzugehen sei, wird hier beschrieben: “Daraus resultiert ein hoher Bedarf an Kulturanalysen – nicht nur für die Wissenschaft. [...] persönliche Einschätzungen überwiegen. Schließlich kommunizieren nicht ganze Kulturen miteinander, sondern Individuen aus verschiedenen Kulturen. (Vgl. Kramer 2001¹⁶) Zwei – in der interkulturellen Forschungspraxis aber oft kombinierte – Herangehensweisen lassen sich unterscheiden: die „emische“ und die „etische“ Perspektive. Anders ausgedrückt erfolgt die Forschung einmal aus der Binnensicht (Bezugssystem innerhalb eines spezifischen Systems), im anderen Fall von einer Perspektive außerhalb des untersuchten Systems. (Vgl. Dworschack 1998¹⁷)”¹⁸ Es können also sozusagen nicht ganze Kulturen miteinander kommunizieren, sondern geschieht dies vielmehr auf individueller Basis. Der emische Zugang beschreibt dabei die kulturellen Gegebenheiten “von innen”, vom Blickpunkt eines dieser Kultur selber Zugehörigen. Die etische Sichtweise will hingegen einen möglichst aussenstehenden Standpunkt einnehmen, die Denk- und Lebensweisen der diversen Kulturen sozusagen an definierten Kriterien messen. Oft werden in solchen sozialwissenschaftlichen Analysen die emische und etische Herangehensweise miteinander kombiniert, so auch in dieser Arbeit. Einerseits will ich so gut als möglich die Anweisungen, welche sowohl die Halacha als auch die Richtlinien der SAMW erteilen, von aussen betrachten und auch bewerten. Andererseits hoffe ich als Medizinstudent und orthodoxer Jude, sowohl die medizinische Realität als auch den “halachic Mindset” gut genug zu kennen, um beide Gebiete auch als Insider zu analysieren. Vielleicht entsteht eben gerade so die oben genannte “Intersubjektivität”, wenn man bildlich gesprochen beide Füße in beiden verschiedenen Kulturen gut verankert hat, der Kopf aber gleichzeitig immer noch von aussen auf diese blicken kann. So kann durch die Kombination der distanzierten Betrachtung mit dem Wissen “von innen” auch echte Kritikfähigkeit an beiden entstehen.

Um dem genannten Zugang möglichst gerecht zu werden, liste ich die verschiedenen Meinungen in der Halacha zu den gestellten Problemen auf und zeige darauf die Stellung der Richtlinien der SAMW dazu. Danach werden beide Positionen auf die vorgeschlagene Praxis und den dahinter stehenden Grundhaltungen und -verständnissen miteinander verglichen. Auch ein Nichtsagen ist dabei von Bedeutung. Wenn also eine Seite eine Fragestellung aufwirft oder bespricht, zu welcher die andere Seite gänzlich schweigt, soll dies auch erwähnt sein. Welche Inhalte besprochen und wie diese bestimmt werden, ist Gegenstand des nächsten Abschnittes.

3.2. Inhalte einer Patientenverfügung

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, ist die Fülle an angebotenen Formularen für eine Patientenverfügung nur schon in der Deutschschweiz sehr gross. Aus all diesen eine sinnvolle Auflistung von Inhalten zu extrahieren ist zwecklos, sind doch ihre Verfasser oft nicht einmal erkenntlich gemacht und somit deren Wissenschaftlichkeit, Professionalität und Motivationen auch unklar. All diese Punkte hingegen erfüllt meines Erachtens

¹⁵ Herdin T, Luger K. Kultur als Medium der Kommunikation. In: Hamberger E, Luger K, Hrsg. Transdisziplinäre Kommunikation. Wien: Österreichischer Kunst- und Kulturverlag; 2008. S. 143-71.

¹⁶ Kramer D. Kulturelle Vielfalt und kultureller Dialog. Medien Journal. 2001;(4):5-18.

¹⁷ Dworschak H: Vertrautheit und Staunen. Zur Problematik interkulturellen Verstehens. In: Fröhlich G, Mörrh I, Hrsg. Symbolische Anthropologie der Moderne. Kulturanalysen nach Clifford Geertz. Frankfurt/M.-New York: Campus; 1998. S. 67-80.

¹⁸ Herdin/Luger, Kultur als Medium der Kommunikation, S. 146.

die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), welche zum Thema Patientenverfügungen Richtlinien erstellt hat. Diese nehmen Bezug auf das Verfassen oder Ausfüllen von Patientenverfügungen und zum professionellen Umgang mit ihnen, wie etwa deren Ausführung oder im Rahmen einer Beratung. Folgendes schreibt die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) über die genannten Richtlinien: "Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2009 medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Patientenverfügung veröffentlicht und damit einen Standard für Ärztinnen und Ärzte sowie für Pflegefachfrauen und -männer und weitere Fachpersonen, die bei der Erstellung einer Patientenverfügung beraten oder diese umsetzen, gesetzt. Wenn die SAMW-Richtlinien in die Standesordnung der Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH) aufgenommen wird, wird sie für FMH-Mitglieder standesrechtlich verbindlich."¹⁹ Als Standard seien diese Richtlinien also gesetzt, obwohl sie bis anhin den Einzug in die Standesordnung der FMH per se nicht gefunden haben²⁰. Diese nämlich besagt folgendes: "Bezüglich [...], [...], Ausübung der ärztliche Tätigkeit bei inhaftierten Personen, Behandlung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, Betreuung von Menschen am Lebensende, Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen, [...], Palliative Care, [...], Zusammenarbeit Ärzteschaft und Industrie, Reanimationsentscheidungen, Lebendspende von soliden Organen, Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen sowie Intensivmedizinische Massnahmen gelten die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften."²¹ Für diverse Themengebiete gelten also die Richtlinien der SAMW, jene für Patientenverfügungen sind hier jedoch nicht erwähnt. Andererseits ist ebendieses Dokument²² mit der Website der FMH²³ verlinkt.

Zu unserem Zweck hier ist das Schreiben der SAMW sicherlich eine gute Quelle, aus welcher sich die erwünschten Kriterien herausarbeiten lassen. Im Anhang des Dokumentes findet sich eine "Wegleitung Patientenverfügung"²⁴, wobei unter dem Titel "Inhalte der Patientenverfügung" folgendes zu lesen ist:

"- **Angaben zur Identität** des/der Verfügenden (Name, Vorname, Geburtsdatum)

¹⁹ Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Patientenverfügung. Ethische Erwägungen zum neuen Erwachsenenschutzrecht unter besonderer Berücksichtigung der Demenz. Bern: NEK-CNE; 2011. Stellungnahme Nr. 17. Abrufbar unter: <http://www.nek-cne.ch/de/themen/stellungnahmen/index.html> (14.11.2014)

²⁰ Stand 14.11.2014

²¹ Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Standesordnung FMH. Bern: FMH; 1996. Letzte Revision: 8. Mai 2014. Art.18. Abrufbar unter: http://www.fmh.ch/files/pdf15/Standesordnung_20140901dt_def.pdf (14.11.2014)

²² Es handelt sich um ein älteres Dokument vom 19. Mai 2009.

²³ FMH (Internet). Abrufbar unter: http://www.fmh.ch/files/pdf11/Richtlinien_Patientenverfuegung.pdf (17.12.2013).

²⁴ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Patientenverfügungen. 3. Aufl. Basel: SAMW; 2013. S. 19. Am Ende dieses Dokumentes wird auf folgende Anpassung aufmerksam gemacht: "Die vorliegenden Richtlinien wurden im Jahr 2012 der in der Schweiz ab 1.1.2013 gültigen Rechtslage angepasst (Schweizerisches Zivilgesetzbuch; Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht; Änderung vom 19. Dezember 2008)." Selbes gilt auch für weiter unten zitierte Richtlinien der SAMW mit Neuauflage ab 2013.

- **Bestätigung der Urteilsfähigkeit** («Im Besitz meiner geistigen Kräfte und nach reiflicher Überlegung ver füge ich hiermit für Situationen, in denen ich krankheits- oder unfallbedingt nicht fähig bin, meinen aktuellen Willen zu äussern, Folgendes»).

Anmerkung: In Situationen, bei denen später die Urteilsfähigkeit angezweifelt werden könnte (z.B. beginnende Demenz-Erkrankung, psychiatrisches Leiden), kann zur Vermeidung von Unsicherheiten die Urteilsfähigkeit zusätzlich durch einen Arzt/Drittperson bestätigt werden.

- **Beschreibung der persönlichen Werthaltung:** Was bedeutet Lebensqualität und «Sterben in Würde» konkret für den Verfügenden? Welche persönlichen Überzeugungen, Ängste, Erwartungen sind bei medizinischen Entscheidungen in Grenzsituationen zu beachten? Vgl. «Beispielfragen zur Werthaltung» im Anhang.
- **Bezeichnung mindestens eines Vertreters** und Kontaktangaben zu dieser Person. Idealerweise wird auch eine Ersatzperson genannt.
- **Angaben, für welche Situationen die Patientenverfügung erstellt wird** bzw. in welchen Situationen sie zur Anwendung kommen soll.
- **Angaben zu den Zielen** einer Behandlung in bestimmten Situationen
- **Einwilligung in bzw. Ablehnung von spezifischen medizinischen Massnahmen:** Im Fall einer bereits bekannten Erkrankung zum Zeitpunkt des Erstellens der Patientenverfügung sollte diese erwähnt werden und die Patientenverfügung auf die Erkrankung und deren wahrscheinlichen Verlauf, mögliche Komplikationen und Massnahmen abgestimmt werden.
- **Bereitschaft zur Organspende**
- **Umgang mit dem Körper nach dem Tod** (Autopsie)
- **Datum und Unterschrift**²⁵

Man sieht, dass die “spezifischen medizinischen Massnahmen” an sich hier im Detail gar nicht aufgelistet werden. Diese sind jedoch in sehr allgemeiner Form im Haupttext selber Richtlinie unter “4.4. Aussagen zu spezifischen Situationen”²⁶ zu finden. Allgemein darum, weil diese Massnahmen dort mit jeweiligem Titel und zugehöriger Beschreibung nur kurz angesprochen werden. Diese Titel lauten²⁷:

- Notfall- und Intensivmedizin
- Flüssigkeit und Nahrung
- Lebensende und Palliative Care
- Organspende
- Obduktion, Lehre und Forschung

²⁵ SAMW, Patientenverfügungen, S. 20.

²⁶ Ibid., S. 10.

²⁷ Ibid., S. 10-2.

Zur Vertiefung wird jedoch in entsprechenden Fussnoten²⁸ auf weitere SAMW Richtlinien verwiesen, in welchen nun die jeweiligen Themengebiete im Einzelnen abgedeckt werden. Es sind dies die Dokumente, welche im vorhin erwähnten Artikel 18 der Standesordnung der FMH²⁹ angesprochen werden:

- Reanimationsentscheidungen
- Grenzfragen der Intensivmedizin³⁰
- Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten
- Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende
- Palliative Care
- Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen

Um nun also das gewünschte Zwischenziel zu erreichen und eine sinnvolle, möglichst vollständige Liste von Inhalten einer Patientenverfügung aufzustellen, habe ich mich hauptsächlich von den genannten Textstellen in den Richtlinien der SAMW leiten lassen. Die Auflistung "Inhalte einer Patientenverfügung" im Anhang der Richtlinien zur Patientenverfügung ist dabei massgebend, diese wurde jedoch durch weitere Inhalte aus denselben und den anderen erwähnten Richtlinien³¹ ergänzt. Diese versuchte ich in Bezug auf Inhalte einer Patientenverfügung möglichst vorsichtig zu lesen, mit dem Ziel diese von dort strukturiert herausarbeiten zu können. Die Struktur ist teilweise durch diese Dokumente selbst gegeben, zum Teil aber auch von mir selbst bestimmt. Somit kann nun ein möglichst vollständiger Begriffskatalog von Inhalten einer Patientenverfügung erstellt werden. Dieser wird unter 4.1. aufgezeigt und erläutert.

Sowohl die Lektüre dieser Richtlinien als auch der relevanten Artikel im Zivilgesetzbuch haben bei mir gewisse Gedanken und neue Fragen aufgeworfen. Diese möchte ich im Diskussionsteil aufgreifen und behandeln.

3.3. Halachische Betrachtung

Wie bereits im vorherigen Teil habe ich versucht zu unterscheiden zwischen der halachischen Information, welche zu einem bestimmten Thema wiedergegeben werden kann und meiner persönlichen Sicht, wie ich die relevanten Quellen lese und interpretiere. Dazu habe ich ersteres unter "Resultate" aufgeführt, letzteres unter "Diskussion". So möchte ich auch verstanden haben, dass meine eigene Meinung zu diesen Fragestellungen die Positionen der Halacha dazu nicht ändern, trotzdem aber zum diskutieren und reflektieren anregen sollen. Somit macht es auch Sinn, dass die ethische Position der SAMW mit den unter "Resultate" erarbeiteten Stellungnahmen der Halacha verglichen werden, Ergänzungen dazu aus meinen eigenen Überlegungen finden sich wiederum unter "Diskussion".

²⁸ Fussnoten Nummern: 9, 11, 12, 13, 14, 18.

²⁹ Siehe oben S. 9 und Fussnote 21.

³⁰ Abgelöst durch die Richtlinie "Intensivmedizinische Massnahmen", siehe unten S. 13, Fussnote 39.

³¹ Die Richtlinie "Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen" wurde hierbei nicht beachtet, siehe unten S. 14, Fussnote 45.

Die halachischen Informationen habe ich zu einem grossen Teil aus dem Standardwerk "Halachisch-medizinische Enzyklopädie" von Prof. Dr. Abraham Steinberg³² entnommen. Dort wird das Thema der End of Life Decisions und weitere mit Patientenverfügungen verbundene Themen an verschiedenen Stellen behandelt. Ziel ist es, zu den aufgelisteten Inhalten einer Patientenverfügung eine halachische Position zu erarbeiten. Ähnlich den Richtlinien der SAMW gibt es dabei in der halachischen Literatur einerseits viele praktische Anweisungen, andererseits aber auch ethische Grundsätze und Motivationen, welche diesen zugrunde liegen. Oft wird das eine aus dem anderen, in beide Richtungen, extrahiert. Es bedarf also möglichst vollständiger Information zur relevanten halachischen Literatur, sowohl praktischer als auch ethischer Natur. Aus diesem Grund stütze ich mich zumeist auf das besagte Werk von Prof. Steinberg, welches in seinem Anspruch als Enzyklopädie möglichst viele Quellen zu den jeweiligen Themen auflistet. Dies bedeutet oft, dass die verschiedensten Meinungen von Gelehrten über Jahrhunderte hinweg übersichtlich und fast vollständig zusammengefasst sind. Zusätzlich zu dieser detaillierten Auflistung verfügt dieses Werk über ein reiches Arsenal an weiterführenden Quellenangaben. Diese dienen mir sozusagen als "Sprungbrett", um darauf aufbauend meine eigenen Nachforschungen anstellen zu können. Auch die Person und Funktion des Prof. Steinberg hat für mich einen Einfluss auf die Wahl seines Buches als Basis zu meiner Arbeit. Seine akademische Standfestigkeit in Medizin und Ethik paart sich mit einem enormen Wissen der talmudischen und halachischen Schriften. Dieses Wissen hat er sich unter anderem von Lehrern angeeignet, welche einen ebensolchen Werdegang mit gründlicher religiöser und akademischer Ausbildung nachvollziehen können und auch unterstützen. Auch dies kommt an diversen Stellen und Zitaten in dieser Enzyklopädie immer wieder zum Ausdruck.

³² Steinberg A. Enzyklopedia Hilchatit-refu'it. 2. Aufl. Jerusalem: Schlesinger Institute; 2006. Hebräisch.

4. Resultate

4.1. Inhalte einer Patientenverfügung

Wie bereits unter 3.2. erwähnt, soll hier aus den diversen Richtlinien der SAMW ein strukturierter, möglichst vollständiger Begriffskatalog erstellt werden, welcher dann aus Sicht der Halacha betrachtet und schlussendlich kritisch mit den zugehörigen Inhalten derselben Richtlinien verglichen wird. Als Überbegriffe sollen die bereits erwähnten³³ „Inhalte der Patientenverfügung“ aus den „Medizin-ethischen Richtlinien und Empfehlungen: Patientenverfügung“ der SAMW gelten. Diese sind relativ allgemein gehalten und geben eine sinnvolle erste Einteilung.

Aus der folgenden Betrachtung weiterer SAMW-Richtlinien, auf welche in erster verwiesen wird³⁴, entspringt nun wie erwähnt die Auflistung der ethisch relevanten Inhalte im Detail. Dabei habe ich diese Dokumente auf die Relevanz zum Thema Patientenverfügungen geprüft was zu ebendieser Liste geführt hat. Zuerst steht der Titel der jeweiligen Richtlinie, worauf die detaillierteren zugehörigen Begriffe folgen, welche meist den Überschriften der diversen Kapitel in den jeweiligen Richtlinien entsprechen:

- **Patientenverfügungen:** Selbstbestimmung [S. 5]³⁵, Grenzen der Patientenverfügung [S. 5,9], Autonomie [S. 7], Verbindlichkeit [S. 7], Urteilsfähigkeit [S. 7], Freiwilligkeit [S. 8], Werthaltung [S. 9]³⁶, Therapieziele [S. 9], Vertreter [S. 10], Notfall- und Intensivmedizin [S. 10], Flüssigkeit und Nahrung [S. 11], Lebensende und Palliativ [S. 11], Organspende [S. 11], Obduktion [S. 12], Lehre und Forschung [S. 12], Beratung [S. 12] praktische Empfehlungen [S. 15-18]
- **Reanimationsentscheidungen**³⁷: Medizinische Einschätzung [S. 8], Recht auf Selbstbestimmung [S. 9]³⁸ (Nicht-/Urteilsfähigkeit), Konfliktsituationen [S. 15], Reanimationsstart/Reanimationsstopp [S. 16 ff.]
- **Intensivmedizinische Massnahmen**³⁹: Prognose [S. 12] (Überlebenschance, Erholung, Lebensqualität [S. 14] (Funktionsfähigkeit, subjektives Erleben)), Pflegebedürftigkeit [S. 14] (gesundheitliche Faktoren, soziales Umfeld), Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit [S. 15], Umfang [S. 16-19] (volle, zeitlich befristete, inhaltlich limitierte, Unterlassung und Abbruch), Triage [S. 35]⁴⁰

³³ Siehe oben S. 9.

³⁴ SAMW, Patientenverfügungen, S. 10-12 in den Fussnoten.

³⁵ In eckigen Klammern jeweils die entsprechende Seitenzahl in der Richtlinie.

³⁶ Beispielfragen zur Werthaltung s. dort S. 22.

³⁷ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Reanimationsentscheidungen. 3. Aufl. Basel: SAMW; 2013.

³⁸ Siehe auch: NEK, Patientenverfügung, S. 16. Dort wird das Abwehrrecht dem Anspruchsrecht auf Leistungen gegenüber gestellt.

³⁹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Intensivmedizinische Massnahmen. Basel: SAMW; 2013.

⁴⁰ Obwohl dies sicherlich ein ethisch wichtiges Thema ist, hat es für eine Patientenverfügung wohl eher weniger Relevanz.

- **Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten⁴¹:** Geltungsbereich [S. 4] (Abgrenzung zu den Sterbenden), Patientenverfügung [S. 5], Vertretung [S. 6], Behandlungsziel [S. 7], Therapeutische Massnahmen [S. 7], Palliation [S. 7], Flüssigkeit und Nahrung [S. 7] (auch Nahrungsverweigerung [S. 10]), Angemessenheit der Behandlung [S. 10]
- **Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende⁴²:** Selbstbestimmung [S. 6], Palliativ [S. 7], Behandlungsverzicht/-abbruch [S. 8]⁴³, Grenzen [S. 8], Beihilfe Suizid [S. 9], Geltungsbereich [S. 10] (Lebensende vs. unheilbare Krankheit), Nicht-/Urteilsfähigkeit [S. 11] (mutmasslicher Wille, wohlverstandenes Interesse, Konfliktsituationen)
- **Palliative Care⁴⁴:** Anwendungsbereich [S. 6], Würde [S. 7], Autonomie [S. 8], Sterben und Tod [S. 15] (Lebensende, Behandlungsverzicht/-abbruch, Sedation)
- **Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen⁴⁵**

Drei Schritte folgen nun, um zur endgültigen Liste der hier relevanten Inhalte zu führen:

- I. Gewisse Punkte wiederholen sich oder sind einander ähnlich, sodass sie zusammengefasst werden können.
- II. Die ausführliche Auflistung, welche die diversen Richtlinien ergeben haben, soll nun in die anfangs erwähnten Punkte zu den spezifischen medizinischen Massnahmen in der Richtlinie "Patientenverfügung" eingegliedert werden. Gewisse Punkte werden weggelassen, weil sie, trotz ihrer Relevanz zum Thema, nicht als überbegriffliche Inhalte einer solchen Patientenverfügung verstanden werden können.
- III. Von der als Basis fungierenden Liste "Inhalte einer Patientenverfügung" werden ebenfalls Punkte weggelassen, welche für eine Patientenverfügung wichtig sind, jedoch keine unmittelbare ethische Relevanz besitzen.⁴⁶

So ergibt sich folgende Liste, welche die Ethik-relevanten Inhalte einer Patientenverfügung in Schlagworten strukturiert wiedergeben soll:

1. Urteilsfähigkeit
2. Werthaltung
 - 2.1. Autonomie
 - 2.2. Würde

⁴¹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW. 2. Aufl. Basel: SAMW; 2006.

⁴² Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. 5. Aufl. Basel: SAMW; 2013.

⁴³ Siehe *ibid.*, S. 12 eine Auflistung der lebenserhaltenden Massnahmen.

⁴⁴ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Palliative Care. 6. Aufl. Basel: SAMW; 2013.

⁴⁵ Auch auf dieses Dokument wird in den Richtlinien "Patientenverfügung" hingewiesen. Da es sich aber relativ isoliert mit dem Thema der Organspende befasst, welches in dieser Arbeit nicht aufgegriffen wird, habe ich es nicht bearbeitet.

⁴⁶ Es sind dies namentlich: Angaben zur Identität, Datum und Unterschrift.

- 2.3. Überzeugungen
- 2.4. Lebensqualität
 - 2.4.1. Funktionsfähigkeit
 - 2.4.2. Subjektives Erleben
- 3. Vertreter
- 4. Anwendungsbereich
 - 4.1. Lebensende
 - 4.2. Krankheit
- 5. Behandlungsziel
 - 5.1. Prognose
 - 5.1.1. Überleben
 - 5.1.2. Wertvolles Leben
- 6. Medizinische Massnahmen
 - 6.1. Notfall- und Intensivmedizin
 - 6.1.1. Umfang und Art der Therapie
 - 6.1.2. Verzicht und Abbruch
 - 6.2. Palliative Care
 - 6.3. Beihilfe zum Suizid
- 7. Organspende
 - 7.1. Feststellung des Todes
 - 7.1.1. Hirnschädigung
 - 7.1.2. Kreislaufstillstand
- 8. Obduktion
- 9. Forschung

Diese resultierende Auflistung ist wohl sehr detailliert, soll sie doch zum Zweck dieser Arbeit möglichst vollständig sein. Viele der gängigen Formulare für Patientenverfügungen versuchen die genannten Themengebiete in allgemeineren Formulierungen fest zu halten, um dann vom dort ausgedrückten Patientenwillen auf die jeweilige Situation mit all ihren Einzelheiten schliessen zu können.

4.2. Vergleich zwischen der halachischen Sicht und den Richtlinien der SAMW zu den Inhalten einer Patientenverfügung

4.2.1. Anwendungsbereich

Unter diesem Titel stehen in der Auflistung der Inhalte einer Patientenverfügung zwei Schlagworte: "Lebensende" und "Unheilbare Krankheit". Diese beiden Begriffe will ich nun aus halachischer Sicht beleuchten, wobei ich der Einfachheit halber die Reihenfolge umkehre.

4.2.1.1. Halachische Sicht

Krankheit:

Zu diesem Begriff soll in dem hier dienenden Zusammenhang jede Abweichung von einem Zustand der völligen Gesundheit gehören, vor allem auch dann, wenn dieser Zustand durch keine Therapie wieder hergestellt werden kann. Somit sind hier also chronische Krankheiten der somatischen wie auch der psychiatrischen Art gemeint, aber auch im weiteren Sinne ein persistierendes Leiden als Folge der Krankheit, wie z.B. Behinderung oder Pflegebedürftigkeit.

Sowohl der Patient als auch der Arzt unterstehen der grundsätzlichen halachischen Pflicht zu heilen, respektive sich heilen zu lassen.⁴⁷ Dazu gehört auch die Pflicht derselben ein Leben in Gefahr zu retten, respektive es sich retten zu lassen.⁴⁸ Die Halacha schreibt eine bloße Erhaltung eines ungefährdeten Lebens vor, somit ist auch ein grundloser Suizid verboten.⁴⁹ Wenn in einem Zustand der Urteilsunfähigkeit die medizinische Prognose also gut ist und überhaupt keine negativen Folgen aus dem momentanen Zustand zu erwarten sind (auch kein subjektives Leiden des Patienten), darf in einer Patientenverfügung eine Reanimation oder Therapie nicht verweigert werden. Ein gesunder Patient kann also beispielsweise vor einem operativen Eingriff nicht prinzipiell eine Reanimation verweigern, sollte diese während dem Eingriff notwendig sein und keine negativen Folgen mit sich bringen. Demnach dürfen auch keine "No CPR"-Stempel und dergleichen verwendet werden, wenn der Patient nach der Reanimation beschwerdelos weiterleben würde.

Bisher Genanntes ist jedoch recht fern der Realität und soll nur die Grundsätze, welche im Hintergrund der Fragestellungen einer Patientenverfügung stehen, darstellen. Reale Fälle entspringen jeweils einem bereits bestehendem oder in Zukunft befürchteten und möglichen Leiden. Im Allgemeinen kann man auch sagen, dass Entscheide über unheilbare Krankheiten, welche in einer Patientenverfügung abgedeckt werden, schlussendlich oft direkt oder indirekt das Sterben des Patienten tangieren.

Lebensende:

Auch hier geht es wiederum in erster Linie um eine grundsätzliche Darstellung der Auffassung der Halacha über das Lebensende und wie diese mit dem heutigen medizinischen Verständnis erklärbar ist, respektive von diesem abweichen. Wie beim vorherigen Thema werden auch hier keine detaillierten halachischen Fragestellungen von End of Life Decisions besprochen, diese gehören dem Titel "Medizinische Massnahmen" des Themenindex an.

Die Begriffe in der Halacha zur Darstellung und Definition des Lebensendes sind vielfältig. An dieser Stelle sollen diese Begriffe nun aufgelistet, erläutert, und wenn möglich in einen modernen medizinischen Kontext gebracht werden.

Noteh Lamut (נוטה למוות — "zum Sterben neigend"): Dieser Begriff erscheint in der talmudischen Literatur lediglich vier Mal und wird in keiner dieser Quellen genauer definiert. Was die Worte "Noteh Lamut" jedoch offenbar ausmacht, ist das unweigerliche

⁴⁷ Babylonischer Talmud, Brachot 60a; Steinberg, Enzyklopedia Hilchatit-refu'it, Bd. 7, S. 176.

⁴⁸ Leviticus 19:16; Ibid. 25:35; bSanhedrin 73a.

⁴⁹ Genesis 9:5; bBaba Kama 91b.

Eintreten des Todes als Folge der aktuellen Situation.⁵⁰ Ein genauer Zeitrahmen wird keiner gegeben, eher kann es als eine Art Überbegriff für Patienten die nach einer allgemeinen Verschlechterung ihrer jetzigen Lage versterben, verstanden werden. Somit ist dieser Begriff am ehesten mit dem modernen Begriff “end-of-life”⁵¹ vergleichbar, welcher in der medizinischen Literatur häufig anzutreffen ist und auch keinen genauer definierten Zeitrahmen hat. Wir können also “Noteh Lamut” mit der Überschrift dieses Abschnittes “Lebensende” gleichsetzen, welcher ja lediglich eine Übersetzung des englischen “end-of-life” ins Deutsche ist.

Goses (גוסס — “moribund”): Ursprung des Wortes ist womöglich “Gasas” - die Brust, oder “megis”⁵² - ein gurgelndes Geräusch des Halses aus ebendiesem Brustkorb, am ehesten vereinbar mit dem heutigen Terminus “Todesrasseln”. Im Gegensatz zu Noteh Lamut ist hier von einem in Bälde absehbarem Eintritt des Todes die Rede,⁵³ ein genauer Zeitrahmen ist jedoch aus den relevanten Quellen nicht ersichtlich.⁵⁴ Die Folgen der in der modernen Medizin möglichen lebenserhaltenden Methoden sind zweifach: einerseits kann behauptet werden, dass die früher recht kurze Zeit vor einem absehbaren Versterben sich heute stark verlängern lässt, andererseits ist somit die Definition eines Patienten am Lebensende als Goses unklarer geworden.⁵⁵ Der bereits erwähnte deutsche Ausdruck “moribund” oder auch das synonym gebrauchte “präfinal” kommen einer solchen Definition wohl am nächsten. Diese ist kritisch, weil dieser Zustand eine Vielzahl von Regelungen mit sich bringt, welche für den medizinischen Umgang mit dem Patienten von Bedeutung sind und hier nun kurz erläutert werden.

“Der Goses wird in all seinen Belangen als Lebender betrachtet”,⁵⁶ legt eine tannaitische Quelle fest. Ob dies direkt auch seine Urteilsfähigkeit bedeutet, ist umstritten.⁵⁷ Diverse Handlungen dürfen am Goses nicht vollbracht werden, all dies, um die Beschleunigung seines Todes durch ebendiese Handlungen, oder durch die entstehende Vermittlung des Gefühles eines bereits Verstorbenen, zu vermeiden:⁵⁸ Augen schließen, Kiefer zuschnüren, waschen, kühlende Gegenstände auf ihn legen (metallenes

⁵⁰ Nicht übereinstimmend mit diesem Verständnis ist die Quelle in bEruvin 29b, wo beschrieben wird, wie Rabbi Chanina nachdem er “natah lamut” (zum Sterben neigte), wieder gesund wurde. Hier scheint es sich jedoch um einen Ausnahmestand zu handeln, sodass seine Genossen für seine Genesung ein Gebet sagten und dies erhört wurde. Vielleicht wurde sein nahendes Lebensende auch nur fälschlicherweise angenommen, wie sich dann eben schlussendlich herausstellt.

⁵¹ Eine PubMed Suche des Begriffs “end of life” vom 25.04.2014 ergibt 42085 Treffer.

⁵² Vgl. Mischna Arachin 3:1. Siehe Kommentar von Maimonides zur Stelle: “in seinen letzten Atemzügen” (eigene Übersetzung).

⁵³ Mischna Ohalot 1:3. Kommentar von Maimonides zur Stelle: “Der mit dem Todesverlauf ringt” (eigene Übersetzung). Siehe auch Tossefta Eruvin (Lieberman) 5:21: “...er kann nicht leben” (eigene Übersetzung).

⁵⁴ Steinberg, Enzyklopedia Hilchatit-refu’it, Bd. 5, S. 417-8.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Massechet Smachot 1:1 (eigene Übersetzung).

⁵⁷ Tossafot (Sammelwerk von Talmudkommentatoren), Kommentar zum babylonischen Talmud, bKiduschin 78b; Karo Y. Schulchan Aruch. Venedig: Parenzo; 1565. Even HaEzer §121. Hebräisch.

⁵⁸ bSchabat 151b; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Schabat 26:20.

Geschirr, eine Schüssel mit Wasser oder sogar ein Salzkorn) etc.⁵⁹ Es gibt Quellen, die sogar eine bloße Berührung verbieten.⁶⁰ Auf der anderen Seite ist es verboten den „Austritt der Seele“ aufzuhalten.⁶¹ Dieses schon vor Jahrhunderten beschriebene Spannungsfeld können wir auch in der modernen Medizin gut nachvollziehen. „Die Mehrheit der Gosesim zum Tode“⁶² ist eine weitere talmudische Festlegung, welche darauf hinweist, mit dem höchstwahrscheinlich baldigen Tod des Patienten zu rechnen, obwohl er momentan noch als völlig lebendig gilt.

Ist ein Status einmal als Goses festgelegt, kann dies einige Folgen für die medizinische Betreuung im Spital haben. So dürfen im Rahmen des Verbotes jeglicher Bewegung auch simple Massnahmen wie Fieber-/ oder Blutdruckmessung nicht vorgenommen werden, wenn dazu keine medizinische Indikation besteht (z.B. Routineuntersuchungen durch die Pflege usw.).⁶³ Ebenfalls verboten sind jegliche Eingriffe, welche nur zur Fortbildung medizinischen Personals dienen.⁶⁴ Zu therapeutischen Zwecken oder zur Minderung des Patientenleidens ist all dies jedoch erlaubt.⁶⁵ Diverse (seelsorgerische) Bräuche beim Goses und beim „Austritt der Seele“ werden in Verschiedensten Quellen erwähnt und könnten nach Wunsch des Patienten Teil einer solchen Patientenverfügung sein.

Trefah (טרפה — „Angeschlagenes“): Ursprünglich ein Begriff aus der Tierwelt, bezeichnet ein durch ein Raubtier gerissenes und verstorbene,⁶⁶ oder aber noch lebendiges⁶⁷ Tier. Lebt das Tier noch, muss es eine von 8 definierten Verletzungen erlitten haben, an welcher es innerhalb der nächsten 12 Monate versterben wird.⁶⁸

Auch ein angeschlagener Mensch gilt als Trefah, wenn er als Konsequenz aus dem vorliegenden Zustand versterben wird. Die genaue Definition beim Menschen ist jedoch in der Halacha nicht so klar vorgegeben wie beim Tier. Gewisse Meinungen besagen, dass der Mensch (fast⁶⁹) allen vom Tier bekannten Definitionskriterien von Trefah unter-

⁵⁹ Die gesamte Auflistung findet sich in: Massechet Smachot 1:2; bSchabat 151b; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Evel 4:5.

⁶⁰ Massechet Smachot 1:4; Maimonides, ibid.

⁶¹ Isserles M. Mappah Notizen zum Schulchan Aruch. Krakau: Prostitz; 1571. Yore Dea 339:1. Hebräisch.

⁶² bGittin 28a (eigene Übersetzung).

⁶³ Abraham AS. Nischmat Avraham. Jerusalem: Schlesinger Institute; 2007. Yore Dea 339:3. Hebräisch.

⁶⁴ Silberstein Y. [Abweichungen bei der Behandlung des terminalen Patienten]. Assia. 1986;5:80-1. Hebräisch.

⁶⁵ Waldenberg E. Responsa Tzitz Eliezer. Jerusalem: Mossad Harav Kook; 1945-98. Bd. 8 (1965), Kap. 15, Unterkap. 3, §16. Hebräisch.

⁶⁶ Siehe Genesis 31:39 und 37:33 (hier jedoch ist von einem Menschen die Rede).

⁶⁷ Exodus 22:30; bChullin 68a; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Ma'achalot Assurot 4:6-9.

⁶⁸ bChullin 47b; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Ma'achalot Assurot 4:9. Schchita 5; ibid., Hilchot Sch'chita 11:1.

⁶⁹ Tossafot, Kommentar zu bChullin 42b; bBechorot 37b.

⁷⁰ Schlomo ben Yitzchak (Raschi), Kommentar zum babylonischen Talmud, bSanhedrin 78a und Makot 7a.

liegt,⁷⁰ andere sind mit einer solch konkreten Bestimmung beim Menschen nicht einverstanden.⁷¹

Halachische Autoritäten der Neuzeit binden die genannten Kriterien an eine ärztliche Diagnose, nach welcher der momentane Zustand therapeutisch nicht heilbar ist und zum Tode führen wird.⁷² Andere wiederum stützen sich nur auf das Verdikt des Arztes, unabhängig von den Trefah-Kriterien des Tieres aus der klassischen halachischen Literatur.⁷³ Diesen zeitgemässeren Meinungen nach ist klar, dass während die Kriterien zum Trefah beim Tier unverändert bleiben,⁷⁴ dies beim Menschen nicht der Fall ist und eine Abhängigkeit vom medizinischen Wissen derselben Zeitperiode besteht.⁷⁵ Daraus könnte auch folgen, dass der Zustand von Trefah in der heutigen Zeit gar nicht mehr festzulegen ist, könnte doch jederzeit innerhalb der genannten 12 Monate eine neue Therapie erforscht werden.⁷⁶

Grundsätzlich gilt ein Trefah als vollwertig Lebendiger, einige talmudische Stellen zitieren jedoch biblische Verse welche vom Leben handeln und schliessen einen Trefah vom Verständnis dieses Verses aus.⁷⁷ Wer einen Trefah ermordet ist von der Todesstrafe befreit.⁷⁸ Um diese Diskrepanz verstehen zu versuchen, gibt es den Vorschlag einer Trennung der Auffassung vom lebenden Menschen einerseits und von seiner Lebendigkeit andererseits.⁷⁹ Der Mensch an sich gilt als lebend, seine Lebendigkeit ist jedoch eingeschränkt, was die eben genannten halachischen Folgen mit sich bringt.

Sch'chiv Mera (שכיב מרע — "instabil liegend"): Es handelt sich hier um einen Patienten, dessen ganze Kraft seinen Körper aufgrund einer Krankheit verlassen hat, weshalb er sich draussen nicht mehr frei bewegen kann und ans Bett gebunden ist.⁸⁰ Es kann dies sogar ein Patient sein, der frei zu gehen vermag, vorausgesetzt seine Krankheit sei gefährlich.⁸¹ Einer Meinung nach hat sogar ein gesund Erscheinender diesen Status, wenn er angibt zu spüren, sein Ende sei gekommen.⁸²

⁷¹ Tossafot, Kommentar zu bZewachim 116a.

⁷² Feinstein M. Responsa Igrot Mosche. New York: Noble Book Press; 1959-96. Yore Dea 3 (1982), §36. Hebräisch; Waldenberg, Responsa Tzitz Eliezer, Bd. 16 (1985), Kap. 32, §2.

⁷³ Herschler M. ["Trefah" beim Menschen]. In: Herschler M, Hrsg. Halacha ve Refua. Jerusalem: Machon Regensberg; 1981. S. 49-52. Hebräisch.

⁷⁴ Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Sch'chita 10:12-3.

⁷⁵ Feinstein, Responsa Igrot Mosche, Choschen Mischpat 2 (1985), §73, Kap. 4.

⁷⁶ Ibid.; Karelitz AY. Chazon Isch. Vilna-Jerusalem: Greiniman; 1911-53. Yore Dea (1994, Neuauflage), Kap. 5, §3. Hebräisch.

⁷⁷ Siehe z.B. bAvoda Zara 5b.

⁷⁸ bSanhedrin 78a.

⁷⁹ Frumer AZ. Responsa Eretz Tzvi. Lublin: Zweekin; 1938. §96. Hebräisch.

⁸⁰ bBaba Batra 146b; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Z'chia u Matana 8:2; Karo, Schulchan Aruch, Choschen Mischpat 250:5.

⁸¹ Karo Y. Beit Yosef. Venedig-Sabbioneta: Foa; 1550-9. Choschen Mischpat §250. Hebräisch.

⁸² Abraham, Nischmat Avraham, Choschen Mischpat 250:3.

Dieser Zustand scheint dehnbarer und weniger spezifisch zu sein als zum Beispiel der des Goses. Für die medizinische Betreuung hat er eigentlich keine direkten Konsequenzen, da dieser Begriff in der halachischen Literatur meist im Zusammenhang mit Gesetzen des Erwerbs- und Scheidungsrechtes erwähnt wird und weniger im medizinischen Kontext.⁸³ Beispielsweise kann ein Mann in diesem Zustand einen Scheidungsvertrag verfassen, welcher dann erst beim Eintritt seines Todes, zum Wohle der zurückgebliebenen Witwe, in Kraft tritt.⁸⁴

Chaye Scha'a - Chaye Olam (חיי שעה - חיי עולם — “Leben einer Stunde - Ewiges Leben”): Aus den talmudischen Quellen ist keine adäquate Definition des Begriffs Chaye Scha'a zu ziehen, erst spätere halachische Autoritäten haben sich mit dieser Frage auseinander gesetzt. Einer Meinung nach ist der Zeitrahmen wie bei Trefah auf maximal 12 Monate bis zum Versterben gegeben,⁸⁵ eine anderer Standpunkt sieht in jeder bereits eingetretenen Gefahrensituation, welche unweigerlich zum Tode führen wird, ein Chaye Scha'a.⁸⁶ Andere wiederum setzen es mit Goses gleich, die Situation hier sei jedoch noch schwerwiegender, weil ausnahmslos jede im Tod endet.⁸⁷ Chaye Scha'a gilt als Leben und ist deshalb zu retten und schützen. Steht dem jedoch die Möglichkeit gegenüber, therapeutisch ein Chaye Olam, ein längeres Weiterleben jenseits der momentanen Situation, zu erlangen,⁸⁸ so sind diese zu ergreifen, selbst wenn bei Misslingen das unmittelbare Chaye Scha'a gefährdet oder verkürzt würde.⁸⁹

4.2.1.2. Vergleich mit Richtlinien der SAMW

Krankheit:

Der aus den Richtlinien der SAMW erarbeitete Begriff hiesse korrekterweise “unheilbare Krankheit” und nicht nur “Krankheit” allein.⁹⁰ Die folgenden Erläuterungen schliessen meiner Meinung nach jedoch auch Krankheiten ein welche heilbar sind, natürlich ohne dabei die unheilbaren auszuschliessen. Eine Patientenverfügung kann auch vom Patienten gewünschte therapeutische Massnahmen vorgeben, wenn dieser an einer heilbaren Krankheit leidet und gleichzeitig urteilsunfähig ist. Wann soll also genau eine Patientenverfügung gelten? In jeder Situation der Urteilsunfähigkeit oder nur wenn das Lebensende naht? Das Schweizer Gesetz macht hier keine Auflagen und scheint diese Entscheidung dem Patienten uneingeschränkt offen zu lassen:

“Art. 370

1 Eine urteilsfähige Person kann in einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.

⁸³ Steinberg, Enzyklopedia Hilchatit-refu'it, Bd. 5, S. 437 ff.

⁸⁴ bKetubot 2b.

⁸⁵ Luria S. Chochmat Schlomo. Krakau: Prostitz; 1582. Yore Dea 155:1. Hebräisch.

⁸⁶ Kook AY. Responsa Mischpat Kohen. Jerusalem: Mossad Harav Kook; 1937. §144, Abs. 3. Hebräisch.

⁸⁷ Kagan IM. Mishna Brura. Warschau: Unterhändler; 1884-1907. Biur Halacha 329:4. Hebräisch.

⁸⁸ Auch wenn dies keine gesicherte Möglichkeit ist.

⁸⁹ bAvoda Zara 27b; Tossafot, Kommentar dort zur Stelle.

⁹⁰ Siehe oben 4.1. unter “Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende”.

2 Sie kann auch eine natürliche Person bezeichnen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und in ihrem Namen entscheiden soll. [...]

Art. 372

[...]

2 Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht.”⁹¹

Auch die Richtlinien der SAMW geben keine konkreten Vorschläge für welche Situationen eine Patientenverfügung erstellt werden und dann auch gelten soll, jedoch wird auf das eben zitierte Gesetz verwiesen: “Mit dem revidierten Erwachsenenschutzrecht wird die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auf gesamtschweizerischer Ebene einheitlich geregelt. Danach muss der Arzt einer Patientenverfügung entsprechen, es sei denn, diese verstösst gegen gesetzliche Vorschriften oder es bestehen begründete Zweifel, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht.”⁹² Eine der Empfehlungen zum Inhalt einer Patientenverfügung lautet wie folgt: “Angaben, für welche Situationen die Patientenverfügung erstellt wird bzw. in welchen Situationen sie zur Anwendung kommen soll.”⁹³ Auf konkrete Situationen wird an dieser Stelle jedoch nicht eingegangen. An selber Stelle wird nur im Allgemeinen zur Gültigkeit von Patientenverfügungen folgendes bemerkt: “Wann kommt eine Patientenverfügung zur Anwendung und wie wird vorgegangen? - Eine Patientenverfügung kommt nur zur Anwendung, wenn ein Patient urteilsunfähig ist. Ist der Patient hingegen urteilsfähig, gilt der aktuell geäusserte Wille.”⁹⁴ Dies bedeutet also, dass in jeder Situation in welcher der Patient nicht urteilsfähig ist, die Richtlinien der Patientenverfügung automatisch zur Geltung kommen, unabhängig von der gesundheitlichen Situation, der Lebenserwartung oder des Alters des Patienten. Wenn in einer entsprechenden Patientenverfügung so angegeben, würde also zum Beispiel ein junger, sonst gesunder Patient, welcher aufgrund einer momentanen psychiatrischen Situation als urteilsunfähig zu deklarieren wäre, dementsprechend nicht reanimiert. Die bestmögliche Abgrenzung der in den Patientenverfügungen beabsichtigten Situationen, ist also essenziell für deren Genauigkeit. In den Richtlinien der SAMW wird eine mögliche solche Situationen beispielsweise bei der Erläuterung des Begriffes Palliative Care kurz angesprochen: “Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. [...] Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen.”⁹⁵ Auch hier prägen die Worte “unheilbar”, “lebensbedrohlich” und “Tod absehbar” die Schilderung der Krankheit.

Es kann wohl gesagt werden, dass im Normalfall für die grosse Mehrheit der Patienten eine Patientenverfügung für eine terminale Situation gelten soll. Das Lebensende ist

⁹¹ Art. 370 ZGB.

⁹² SAMW, Patientenverfügungen, S. 7.

⁹³ Ibid., S. 20.

⁹⁴ Ibid., S. 21.

⁹⁵ SAMW, Palliative Care, S. 6.

dabei absehbar und soll, je nach Wunsch des Betroffenen, nicht mehr durch weitere medizinische Massnahmen hinaus gezögert werden, oder eben doch. In beiden Fällen muss aus dem Dokument klar ersichtlich sein, dass die gegebenen Anweisungen nur für eine Situation gelten, in welcher sich der Patient dem eigenen Lebensende naht. Was dies bedeutet und wie man dieses definiert, soll nun besprochen werden.

Lebensende:

In den Richtlinien zu Patienten am Lebensende ist folgendes zu lesen: “[...] sind Patienten am Lebensende zu unterscheiden von Patienten mit unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheiten, insofern sich deren Verlauf über Monate oder Jahre erstrecken kann.”⁹⁶ Erstreckt sich also ein Zustand über Monate oder Jahre, so sprechen wir von einer unheilbaren Krankheit und nicht vom Lebensende. Dieses wird in denselben Richtlinien folgendermassen abgegrenzt: “Damit sind Kranke gemeint, bei welchen der Arzt aufgrund klinischer Anzeichen zur Überzeugung gekommen ist, dass ein Prozess begonnen hat, der erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einigen Wochen zum Tod führt.”⁹⁷ Im Gegensatz zu den Monaten bis Jahren einer unheilbaren Krankheit darf der Zustand vom Lebensende höchstens einige Tage oder Wochen dauern.⁹⁸

Klar wird aus den genannten Zitaten, dass eine klare Definition von Krankheit und Lebensende und deren Abgrenzung voneinander auch in der modernen Medizin nicht möglich ist. Die ungefähren Zeitangaben sollen bei der Entscheidung helfen, wann vom einen oder vom anderen die Rede sein kann, zeigen aber auch gleichzeitig auf, wie unklar die Grenze zwischen den beiden manchmal wohl ist. Die Worte “der Arzt... zur Überzeugung gekommen ist... erfahrungsgemäss” deuten auch darauf hin, dass wahrscheinlich ein in diesem Bereich erfahrener Arzt oft besser dem Patienten seinen voraussichtlichen Krankheitsablauf schildern kann als manche Richtlinien oder Scores allein.

Zieht man nun den Vergleich zwischen einer modernen Ethik entsprechenden Richtlinien der SAMW und der Halacha, sieht man, dass sich beide recht schwer tun das Lebensende genau definieren zu können, obwohl dies für eine möglichst gut brauchbare Patientenverfügung doch eigentlich so essentiell wäre. In der Praxis ist es wohl so, dass die behandelnden Ärzte stets eine gewisse Prognose des Patienten erstellen müssen, nach welcher sie dann handeln, und welche demnach dann auch beinhalten soll, ob es sich um eine Situation am Lebensende (Noteh Lamut) oder um eine längere Krankheit handelt. Darauf basierend kann dann dem Wunsch des urteilsunfähigen Patienten durch seine Angaben in einer Patientenverfügung oder durch seine Wahl einer Vertretung, Rechnung getragen werden.

Die Fragestellungen, Probleme und deren Bewältigung zum Thema Anwendungsbereich einer Patientenverfügung sind offenbar sowohl in der Halacha als auch in der zeitgemässen Ethik sehr ähnlich. Auch die praktische Festlegung in welchem möglichen Anwendungsbereich sich ein Patient momentan befindet, ist für beide sehr abhängig vom Ermessen der jeweiligen behandelnden Ärzte. Ein klarer Unterschied besteht jedoch in der Grundeinstellung zur Autonomie des Patienten und seinen Möglichkeiten frei über alle seine Behandlungen zu entscheiden. Die moderne Ethik, aus den Richtlinien der SAMW aber auch aus dem schweizerischen Gesetz ersichtlich, überlässt dem

⁹⁶ SAMW, Lebensende, S. 10.

⁹⁷ Ibid., S. 6.

⁹⁸ Siehe auch SAMW, Langzeitpatienten, S. 5: “Bei den Sterbenden ist die verbleibende Lebensspanne relativ kurz (Tage bis Wochen)”.

Patienten die fast absolute freie Verfügung über seinen Körper und somit auch über seine gewünschte medizinische Behandlung. Einzige Einschränkung scheint dabei zu sein, einer Zweitperson gesetzwidrige Handlungen vorzuschreiben, welche in ihrer Illegalität wohl eben auch als ethisch problematisch oder sogar nicht tragbar verstanden werden. Die Halacha hingegen überlässt diese Entscheide nicht der vollen Autonomie des Patienten und schränkt dessen Möglichkeiten somit auch ein. Im Gegensatz zur modernen Ethik, kann der halachatreue Patient nicht in jeder Situation eine Behandlung verweigern. Es muss dabei sein Lebensende oder aber ein für ihn untragbares physisches oder psychisches Leiden bevorstehen. Weil es sich um ein Religionsgesetz handelt, ist Gott sozusagen als "Drittperson" bei diesen Entscheidungen bis zu einem gewissen Mass involviert. Dieser Unterschied fasst gut zusammen, was unter diesem Titel Anwendungsbereich eigentlich beabsichtigt wurde. Es geht dabei nicht um konkrete Vorgaben, welche Situation der Patient für sich noch tragbar hält, sondern darum, den Lebensabschnitt abzustecken, in welchem eine solche Patientenverfügung gilt, und wann eben nicht.

Der moderne und der halachische Patient unterscheiden sich in dieser Frage des Anwendungsbereiches praktisch wohl nicht. Auch der moderne Patient will in den allermeisten Fällen vollumfänglich medizinisch behandelt werden, wenn dabei ein Überleben mit hoher Lebensqualität zu erwarten ist. Nur wenige wollen, ganz unabhängig von der Prognose, sozusagen die Möglichkeit des Todes ergreifen, wann immer sich diese gibt, ohne sich überhaupt dagegen zu wehren. Unterschiede zwischen den beiden sind eher auszumachen in Fragen der Prognose, des würde- und wertvollen Überlebens und der daraus resultierenden Lebensqualität. Wie ist das oben genannte untragbare Leiden definiert? Wann soll das reine Überleben noch angestrebt werden und wann eben nicht? Von welcher Prognose ist dies abhängig? Diese Fragestellungen sollen nun im nächsten Abschnitt wiederum aus halachischer Sicht im Vergleich mit den Richtlinien der SAMW erarbeitet werden.

4.2.2. Behandlungsziel

Hier folgt nun das für eine Patientenverfügung wohl wichtigste aller Themen: das Behandlungs- oder Therapieziel. Die Frage, wann, also in welcher Situation, gewisse Überlegungen zu einer bestimmten Behandlung gemacht werden sollten, wurde im Abschnitt "Anwendungsbereich" angegangen. Die Frage, wie eine solche Behandlung dann auch ausgeführt werden soll, fällt unter den Titel "Medizinische Massnahmen". Die Frage nach dem Ziel einer Behandlung, also "wofür?", ist jedoch für eine Patientenverfügung und auch für die behandelnden Ärzte am zentralsten.

Zwei zentrale Begriffe stehen meiner Meinung nach beim Behandlungsziel im Raum und decken dieses eigentlich vollends ab: das Leben überhaupt und dessen Qualität. Die Richtlinien der SAMW erwähnen folgende Begriffe: Überlebenschance, Erholung, Lebensqualität.⁹⁹ Diese Begriffe sind im dortigen Kontext stark geprägt von der Prognose, welche auch hier im Folgenden kurz thematisiert wird. Im Zusammenhang mit den Gedanken, die man sich beim Erstellen einer Patientenverfügung macht, ist das allgemeinere "Überleben" per se vielleicht sogar noch etwas passender als "Überlebenschance" und wird deshalb hier so gebraucht. "Erholung" kann hier meiner Meinung nach als Teil der allgemeineren "Lebensqualität" verstanden werden, ist doch diese Kern der Betrachtungen bei der Frage nach der Erholung. Dieser Begriff der Lebensqualität ist etwas abgedroschen und weckt oft gewisse Vorstellungen, welche man mit diesem

⁹⁹ SAMW, Intensivmedizinische Massnahmen, S. 12.

normalerweise in Verbindung bringt. Ich erlaube mir ihn deshalb durch "wertvolles Leben" zu ersetzen, was die hier so wichtigen Werte eines Menschen in seinem Leben hervorheben soll, vielleicht auch dann, wenn diese nicht mit dem üblichen Verständnis der Lebensqualität deckungsgleich sind. Zudem soll ja in einem ersten Teil der Patientenverfügung eine *Werthaltung* verfasst werden. Nun kann hier für die Behandlungsziele das auf dieser *Werthaltung* basierende Begriff des "wertvollen Lebens" dem Überleben an sich gegenübergestellt werden.

4.2.2.1. Prognose

In den Richtlinien der SAMW wird das Thema der Lebensqualität vor allem im Zusammenhang mit der Prognosestellung aufgegriffen. In einer Patientenverfügung müssen natürlich nicht von einer jeweiligen Situation abhängige Prognosen vorausgesehen werden, vielmehr soll aufgrund der beiden Kernthemen "Überleben" und "wertvolles Leben" festgehalten werden, was als gute oder eben schlechte Prognose gelten soll. (Diese ist zwar als eigentlicher Inhalt einer Patientenverfügung weniger relevant, hilft jedoch als Überschrift der beiden Kernthemen Überleben und wertvolles Leben zu deren Verständnis). Im Entscheidungsprozess bei End of Life Decisions ist die Prognose so zentral, dass sie in einer Patientenverfügung im Zusammenhang mit den Behandlungszielen unbedingt erwähnt werden sollte, sodass die gewünschte medizinische Massnahme dann abhängig von ihr gewählt werden kann.

In der Halacha stellt sich die Frage, ob ein Arzt überhaupt glaubwürdig ist, um nach seinem Ermessen Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen. Diese Thematik sprengt sicherlich den Rahmen dieser Arbeit, trotzdem will ich das für uns hier Relevante kurz anschneiden. Im Talmud gibt es einige Stellen, wo Ärzte als Teil eines halachischen Entscheides konsultiert werden,¹⁰⁰ was sich dann auch später in der halachischen Literatur des Mittelalters niederschlägt.¹⁰¹ Vorwiegend in den Responsa des späteren Mittelalters bis hin ins 20. Jahrhundert finden sich die verschiedensten Zugänge und Bewertungen der medizinischen Expertise und ihrer Verlässlichkeit.¹⁰² Zur Veranschaulichung zwei entgegengesetzte Positionen. Die eine besagt, dass die Medizin ja offenbar voller Meinungsverschiedenheiten ist und auch jede neue Generation wieder ganz andere, zum Teil gegenteilige, Anweisungen in bestimmten Situationen gibt, sodass die Aussage eines Arztes nur in bestimmten zwingenden oder halachisch weniger heiklen Fällen berücksichtigt wird.¹⁰³ Die andere Position gesteht den Ärzten jederzeit die volle Expertise in halachisch relevanten medizinischen Fragen zu, basierend auf der Recht, welches die Tora¹⁰⁴ dem Arzt ausspricht seinen Beruf auszuüben.¹⁰⁵ Einige unterscheiden zwischen einer äusserlichen sichtbaren Verletzung, die der Arzt beurteilen kann, und einer inneren Krankheit, wo seine Beurteilung nur auf den eigenen Gedanken

¹⁰⁰ bChullin 77a; bSanhedrin 33a; ibid. 78a; Tossefta Ohalot 4:2; u.v.m.

¹⁰¹ Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Rotzeach 4:3; Karo, Schulchan Aruch, Yore Dea 55:11; ibid., 45:1; Kook, Responsa Mischpat Kohen, §425, Abs. 2; u.v.m.; siehe auch Steinberg, Enzyklopedia Hilchatit-refu'it, Bd. 5, S. 3-10.

¹⁰² Steinberg, Enzyklopedia Hilchatit-refu'it, Bd. 5, S. 11-22.

¹⁰³ Schreiber M. Responsa Chatam Sofer. Pressburg 1855-64. Yore Dea §158. Hebräisch.

¹⁰⁴ Exodus 21:19; bBrachot 60a.

¹⁰⁵ Epstein YM. Aruch HaSchulchan. Warschau: Schriftgiesser; 1884-93. Yore Dea 187:69. Hebräisch.

beruht und deshalb nutzlos ist.¹⁰⁶ Je moderner die Responsa werden, desto mehr ist eine gewisse Tendenz zur Verlässlichkeit eines ärztlichen Urteils erkennbar. In der modernen Medizin sei dieses auch meist gestützt auf diversen objektivierbaren Untersuchungen wie Labor, Laparoskopien und Bildgebungen, sodass man den Empfehlungen der Ärzte folgen sollte.¹⁰⁷ In der heutigen Zeit, so meine persönliche Erfahrung, wird in einer halachischen Frage zu einem medizinischen Fall die Einschätzung eines Arztes praktisch nie hinterfragt, sondern als gegebene Realität akzeptiert. Wie man mit dieser vorgegebenen Realität umgeht und welche Schlüsse man daraus für die halachische Entscheidung trifft, das hängt schlussendlich vom Halachisten selbst ab.¹⁰⁸

Es gibt bei jeder Prognose eine gewisse Unsicherheit, z.B. dass trotz prognostiziertem Versterben in den nächsten paar Tagen ein Patient sich wieder stabilisiert und länger weiterlebt. Trotzdem verlässt man sich auf eine statistische prädiktive Wahrscheinlichkeit, auf welcher basierend man dann handelt. Dies taten ja offenbar auch die halachischen Autoritäten schon vor Jahrhunderten, welche erlaubten bei einem Goses ein den Tod hinderndes Element zu entfernen, obwohl die Weisen des Talmud festlegen, dass nur die Mehrheit der Gosesim auch wirklich akut versterben^{109, 110}

4.2.2.1.1. Halachische Sicht

Überleben:

In der rabbinischen Literatur wird der hohe Wert des Lebens oftmals als unendlich beschrieben und ist somit keinen Umständen unterworfen. Daraus resultiert auch, dass jede mögliche Unterteilung des Lebens wiederum unendlich ergibt, weshalb beispielsweise kein Unterschied besteht zwischen einem weiteren Lebenstag eines 80-Jährigen und 80 erwarteten Lebensjahren eines Kleinkindes.¹¹¹ Schliesslich unterscheidet auch die Tora nicht zwischen der Tötung eines Kindes und eines Greisen.¹¹² Auch diverse Gesetze der Tora und Zitate aus dem Talmud weisen auf den hohen Wert des menschlichen Lebens hin. So besteht beispielsweise ein biblisches Verbot des Suizides.¹¹³ Auch wird befohlen einen Mitmenschen in Lebensgefahr zu retten,¹¹⁴ sogar wenn man dafür andere Gesetze der Tora übertreten muss.¹¹⁵ Ebenfalls verbietet die Tora, sich jeglichen körperlichen Schaden zuzufügen, was natürlich auch eine tödliche Verletzung

¹⁰⁶ Eybeschütz J. Kreti u Pleti. Altona: Katz; 1763. Yore Dea 188:5. Hebräisch; Eisenstadt M. Responsa Panim Meiroi. Amsterdam: Proops; 1715-39. Bd. 1, §12. Hebräisch; s. auch oben 4.2.1.1. unter "Krankheit".

¹⁰⁷ Schwadron S. Responsa Shut Maharscham. Jerusalem: Machon Chatam Sofer; 1974. Bd.1, §13. Hebräisch.

¹⁰⁸ Waldenberg, Responsa Tzitz Eliezer, Bd. 8, Kap. 15, §88.

¹⁰⁹ Siehe oben 4.2.1.1. unter "Goses".

¹¹⁰ Steinberg, Enzyklopedia Hichatit-refu'it, Bd. 5, S. 136.

¹¹¹ Jakobovits I. HaRefua ve HaJahadut. Jerusalem: Mossad Harav Kook; 1966. S.152. Hebräisch; s. auch Mischna Ohalot 7:6.

¹¹² Babad Y. Minchat Chinuch. Lemberg: Salath; 1869. §34. Hebräisch.

¹¹³ Exodus 20:12 und Midrasch Psikta Rabati zur Stelle Kap. 24; Genesis 9:5; Midrasch Bereschit Raba 34:5; bBaba Kama 91b.

¹¹⁴ Leviticus 19:16.

¹¹⁵ bYoma 95a-b.

beinhaltet.¹¹⁶ „Jeder der eine Seele Israels (am Leben) erhält, auf den hält die Schrift (Tora) als ob er eine ganze Welt erhalten habe.“¹¹⁷

Einige schliessen aus diesen Grundsätzen, dass in jedem Fall das Überleben eines Patienten oberste Priorität hat und mit jedem möglichen Mittel erhalten werden muss, unabhängig von seinem Alter, seinem Gesundheitszustand, seinem Leiden oder seinen eigenen Wünschen.¹¹⁸ Andere widersprechen dem grundsätzlichen Wert des Lebens nicht, erlauben jedoch ein Einstellen der lebensverlängernden Therapie, wenn der Patient stark leidet.¹¹⁹ Diese Diskussion führt automatisch zur Frage, welchen Wert das rettete Leben hat, respektive haben soll.

Wertvolles Leben:

Wie bereits erwähnt, ist dieser Begriff des wertvollen Lebens nach einigen Meinungen nicht tragbar, ist doch das Leben per se unendlich wertvoll und dies vom Gesundheitszustand oder ganz allgemein von der Qualität völlig unabhängig. Es besteht jedoch ein allgemeines Einverständnis, wenn möglich das Leiden eines Patienten zu mindern. Bereits zu Zeiten des Talmud wurde festgelegt, dass vor der Todesstrafe eine gewisse Betäubung des Verurteilten stattfinden solle.¹²⁰ Die Euthanasie zur Beendigung des Leidens ist nach allen Meinungen nicht gestattet.¹²¹ Gemäss gewissen Stellen im Talmud sei ein Leben in endlosem Leiden schlimmer als der Tod selbst,¹²² was einige Autoritäten dazu führt in bestimmten Situationen keine lebensverlängernden Massnahmen mehr zu ergreifen. Eine Meinung besagt, dass die Verpflichtung zu heilen und geheilt zu werden nur dann besteht, wenn sie dem Patienten auch zu Gute kommt und von diesem gewünscht wird, also beispielsweise nicht im Falle grossen Leidens.¹²³ Demnach kann das biblische Gebot von „Du sollst nicht auftreten gegen das Blut deines Nächsten“¹²⁴ dem anderen — den zwischenmenschlichen Umgang grundsätzlich prägenden — Gebot von „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst“¹²⁵ gegenübergestellt werden.¹²⁶ Auch gibt es eine Stelle im Talmud, welche die dringende Rettung eines todkranken Patienten fordert, damit dieser noch seine letzten Geschäfte und Wünsche er-

¹¹⁶ bBaba Kama 90b-91b; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Chovel u Mazik 5:1.

¹¹⁷ bSanhedrin 37a (eigene Übersetzung). Das Wort „Israels“ ist in diversen antiken Handschriften des Talmuds (München, Leiden) sowie auch in Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Sanhedrin 12:3 nicht vorhanden.

¹¹⁸ Waldenberg, Responsa Tzitz Elieser, Bd. 5, Exkurs „Ramat Rachel“ §28; ibid., Bd. 9, §47; Bleich JD. Survey of Recent Halakhic Periodical Literature. Treatment of the Terminally Ill. Tradition. 1996;30(3):51.

¹¹⁹ Feinstein, Responsa Igrot Mosche, Choschen Mischpat 2, §74, Kap. 2; Goldberg ZN. [Abbruch der Beatmung beim todkranken Patienten]. In: Halperin M, Hrsg. Emek Halacha - Assia. Jerusalem: Schlesinger Institute; 1985. S. 64-83. Hebräisch.

¹²⁰ bSanhedrin 43a; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Sanhedrin 13:2.

¹²¹ bSchabat 151a; bSanhedrin 78a; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Rotzeach 2:7.

¹²² bKetubot 33b.

¹²³ Goldberg, [Abbruch der Beatmung beim todkranken Patienten], S. 64-83.

¹²⁴ Leviticus 19:16 (eigene Übersetzung).

¹²⁵ Ibid., 19:18.

¹²⁶ Shilat Y. Refua Halacha ve Kavanot HaTora. Jerusalem: Shilat Publishing; 2013. S. 35-37. Hebräisch.

ledigen kann.¹²⁷ Daraus kann man schliessen, dass ein solcher Patient zu unterscheiden ist von einem, der all dies bereits hinter sich hat und bereit ist zu sterben.¹²⁸ Einige Quellen deuten darauf hin, dass ein jüdischer Mensch vom Tod gerettet werden soll, damit er die biblischen Gebote weiter ausüben kann.¹²⁹ Dabei ist jedoch interessant, dass einem Leidenden viele religiöse Vorschriften erleichtert oder gar abgenommen werden, was die eben genannte Position etwas anfecht. So wird zum Beispiel grundsätzlich festgelegt, dass ein Gequälter von den Einschränkungsdekreten der Weisen¹³⁰ frei ist.¹³¹ Sogar gewisse Vorschriften der Tora sind für ihn nicht mehr verpflichtend.¹³² Gewisse Situationen erlauben dem Patienten leider nicht nur aus religiösen, sondern auch aus praktischen medizinischen Gründen überhaupt nicht mehr irgend eine gezielte Handlung auszuüben. Man kann sich also aus der letztgenannten Ansicht fragen, ob ein solcher Zustand überhaupt in Kauf genommen werden muss.

Im Allgemeinen gibt es viele Stellen im Talmud, welche das Leiden eines Menschen und dessen Umgang damit ansprechen.¹³³ Dabei wird im allgemeinen verlangt, dass ein Mensch diese schweigend annimmt, Gott sogar freudig über seine Führung der Welt lobt, seine Sünden gesühnt werden, er dafür belohnt wird und gar die Erlösung der Welt näher bringt.¹³⁴

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Figur von Rabbi Akiwa, von ihm stammt das Zitat "liebenswert sind die Leiden"¹³⁵. Er selbst wurde diesbezüglich dann auch auf schreckliche Weise geprüft, als er mit einer grausamen Methode hingerichtet wurde, was er demütig hinnahm.¹³⁶ Der Talmud an anderer Stelle hält fest, wie man sich im Himmel gegen diesen schrecklichen Tod von Rabbi Akiwa wehrt, Gott aber antwortet nur: "Schweige! So habe ich mir das ausgedacht."¹³⁷

4.2.2.1.2. Vergleich mit Richtlinien SAMW

Zum losgelösten Begriff "Überleben" gibt es bezüglich der Richtlinien der SAMW nicht sehr viel zu erarbeiten. Eine Auffassung des Lebens an sich als absoluter Wert, wie etwa einige der oben erwähnten halachischen Meinungen, ist hier nicht anzufinden. Im Gegenteil, eine Patientenverfügung ist im modernen Kontext ja gerade dazu da, um den

¹²⁷ bGittin 70a.

¹²⁸ Shilat, Refua Halacha ve Kavanot HaTora, S. 44 ff.

¹²⁹ bYoma 85b; s. dazu Shilat, Refua Halacha ve Kavanot HaTora, S. 65 ff.

¹³⁰ Siehe Einleitung, wo der Begriff Halacha kurz erläutert wird. Die rabbinischen Autoritäten des Talmud erweitern manchmal ein Verbot der schriftlichen Tora nach eigenem Ermessen. Diese Dekrete haben einen weniger hohen Stellenwert als die der Tora selbst, wie man hier darin sieht, dass sie in bestimmten Situationen weniger bindend sind.

¹³¹ bKetubot 60a.

¹³² bSukka 26a; bAvoda Zara 3b; Maimonides, Mischne Tora, Hilchot Tfilin 4:13; Karo, Schulchan Aruch, Orach Chaim 640:4; ibid., 38:9.

¹³³ bBrachot 5a; ibid., 62a; bSchabat 88b; bTa'anit 8a; Midrasch Tanchuma Yitro, Kap. 16.

¹³⁴ Siehe Steinberg, Enzyklopedia Hilchatit-refu'it, Bd. 4, S. 35-36.

¹³⁵ bSanhedrin 101a (eigene Übersetzung).

¹³⁶ bBrachot 61b.

¹³⁷ bMenachot 29b (eigene Übersetzung).

hohen Wert des Lebens gegen andere hohe Werte abzuwägen und dann auch teilweise ihnen unter zu ordnen. Folgendes Beispiel dafür ist in einer der Richtlinien zu finden: “Der Arzt ist verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung (Verkürzung oder Verlängerung) der Lebensdauer führen sollte.”¹³⁸

Sogar wenn man von halachischer Seite eine Position beizieht, welche ähnliche Abwägungen macht, scheinen immer noch gewisse Unterschiede zu bestehen. So stellt beispielsweise der Suizid nach allen halachischen Meinungen einen verbotenen Akt dar. In einer zeitgemässen Ethik hingegen ist der Suizid nicht grundsätzlich als schlecht aufzufassen, wie in der eben zitierten Richtlinie der SAMW¹³⁹ ersichtlich ist.

Beide Systeme sind sich darin ähnlich, dass sie im Grundsatz bei End of Life Decisions nicht das Alter des Patienten berücksichtigen. Der Standpunkt der Halacha wurde diesbezüglich bereits erläutert.¹⁴⁰ In den Richtlinien der SAMW ist dazu folgende Stellungnahme zu finden: “[...] dürfen keine Behandlungsoptionen nur auf Grund des Alters des Patienten ausgelassen werden.”¹⁴¹ Weiter heisst es: “Es ist zu vermeiden, dass einerseits lebenswillige Patienten aufgrund ihres Alters diskriminiert und andererseits lebensmüde am Sterben gehindert werden.”¹⁴²

Der von mir gewählte Titel “wertvolles Leben” ist grundsätzlich mit dem Begriff der Lebensqualität gleich zu setzen, welcher in den Richtlinien der SAMW einige Male erwähnt wird und nun kurz untersucht werden soll. Wie stark das Behandlungsziel von der Lebensqualität abhängt und sich diesem auch stetig anpasst zeigt folgendes Zitat aus einer der Richtlinien: “Die therapeutischen Massnahmen ergeben sich aus dem Behandlungsziel. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik- und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten ist. In speziellen Situationen muss der zeitlich befristete Einsatz von therapeutischen Massnahmen erwogen werden. Eine Änderung des Behandlungsziels kommt insbesondere dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist, so dass eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert. Unter diesen Umständen ist der Einfluss der therapeutischen Massnahmen auf die Lebenserhaltung und -qualität zu berücksichtigen. Auf invasive und aufwändige Therapiemassnahmen kann eher verzichtet werden als auf schonende und einfache.”¹⁴³

Wie wichtig es ist, die eigene Vorstellung von Lebensqualität detailliert zu beschreiben, wird in der Richtlinie zu Patientenverfügungen folgendermassen betont: “Angaben zur Werthaltung können Hinweise dafür geben, was der Verfasser unter «Lebensqualität» oder einem Leben bzw. Sterben in «Würde» versteht. Vielfach werden diese Begriffe in allgemeiner Form im Zusammenhang mit schwerer Krankheit oder Urteilsunfähigkeit verwendet, sind aber zu unspezifisch, um im Fall einer bestimmten Erkrankung konkrete Anhaltspunkte zu bieten.”¹⁴⁴ Was sind jedoch die entscheidenden Bereiche des Le-

¹³⁸ SAMW, Lebensende, S. 7.

¹³⁹ Ibid., S. 9.

¹⁴⁰ Siehe oben 4.2.2.1.1. unter “Überleben”.

¹⁴¹ SAMW, Palliative Care, S. 14.

¹⁴² SAMW, Intensivmedizinische Massnahmen, S. 26.

¹⁴³ SAMW, Langzeitpatienten, S. 7.

¹⁴⁴ SAMW, Patientenverfügungen, S. 9.

bens und der mit ihm verbundenen Qualität, welche angesprochen werden sollten? Gerade das Beispiel der Halacha zeigt, wie individuell diese Frage beantwortet werden muss. Trotzdem gibt es in derselben Richtlinie der SAMW gewisse Anhaltspunkte, als Beispielfragen zur Werthaltung in der "Wegleitung Patientenverfügung" formuliert, welche als Gedankenstütze dem Ersteller der Patientenverfügung dienen sollen: "Lebensqualität: Was macht Ihr Leben **lebenswert**? Welche **Aktivitäten**, welche **Inhalte** und **Werte** bestimmen Ihr Leben aktuell? Ist es für Sie mit Blick auf eine mögliche Erkrankung oder das fortschreitende Alter denkbar, dass sich Ihre **Vorstellungen über Lebensqualität verändern** (z.B. bezüglich **Kommunikationsfähigkeit, Mobilität, geistiger Verfassung**)? Wie wichtig ist **Schmerzfreiheit**? Wären Sie bereit, dafür ein **geträubtes oder im Extremfall ein ausgeschaltetes Bewusstsein** in Kauf zu nehmen?"¹⁴⁵ Hier sieht man, dass Kriterien des momentanen Zustandes, der Behandlung selbst und der möglichen zukünftigen Verfassung thematisiert werden. Die hervorgehobenen Worte könnten Inhalte einer möglichen Auflistung von Kriterien der Lebensqualität darstellen.

Eine etwas allgemeiner gehaltene Aufzählung von Begriffen zur Lebensqualität kann man in den Richtlinien "Intensivmedizinische Massnahmen" finden. Die oben zitierten Fragen aus der Richtlinie Patientenverfügung kann man wohl alle in ebendieser Aufzählung unterbringen, weshalb ich nun just diese etwas genauer betrachten will. Dort heisst es: "Für die Einschätzung der Lebensqualität sind einerseits die zu erwartende Funktionsfähigkeit, andererseits das subjektive Erleben des Patienten relevant. [...] Die zu erwartende Funktionsfähigkeit kann nicht einfach mit Lebensqualität gleichgesetzt werden; massgeblich ist das subjektive Erleben des Patienten, insbesondere seine Zufriedenheit mit seiner Lebenssituation. Dabei sind die verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität (physisch, emotional, intellektuell, spirituell, sozial und ökonomisch) und ihre Gewichtung durch den Patienten zu beachten."¹⁴⁶ Die Verfasser versuchen diese Richtlinien von einem zu simplen Verständnis des Begriffes "Lebensqualität" zu distanzieren. Sie kann nicht einfach mit der zu erwarteten Funktionsfähigkeit gleichgesetzt werden, sondern besteht sie aus mehreren objektiven und subjektiven Komponenten.

Die erwähnten verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität sind wohl den Six Dimensions of Wellness entnommen, einem Konzept, das schon im Jahre 1976 vom amerikanischen Arzt Dr. Bill Hettler entwickelt wurde.¹⁴⁷ Zwei Unterschiede sind jedoch auszumachen, welche sich in der Übersetzung vom Englischen ins Deutsche widerspiegeln. "Wellness" wird hier als Lebensqualität aufgefasst, was abermals zeigt, dass dieser Begriff vielfältig verstanden werden soll und eben nicht nur heisst, dass man nicht im Rollstuhl sitzt oder "an den Schläuchen hängt". Der zweite Unterschied ist bei der Übersetzung vom englischen "occupational" ins deutsche "ökonomisch" zu finden, wohl eher eine willentliche Anpassung durch die Verfasser der Richtlinien als ein Übersetzungsfehler. Wie man sieht, ist dieses Konzept der Six Dimensions of Wellness trotz seines relativ hohen Alters auch heute noch aktuell und in Gebrauch.¹⁴⁸

¹⁴⁵ Ibid., S. 23. Die Hervorhebungen sind von mir.

¹⁴⁶ SAMW, Intensivmedizinische Massnahmen, S. 14.

¹⁴⁷ Hettler B. Six Dimensions of Wellness Model. Stevens Point (WI): National Wellness Institute; 1976. Abrufbar unter: <http://c.ymcdn.com/sites/www.nationalwellness.org/resource/resmgr/docs/sixdimensionsfactsheet.pdf> (5.11.2014).

¹⁴⁸ Siehe auch: Nathenson PA, Nathenson SL, Divito KS. Implementing the New CARF Wellness Standards. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2014 May-Jun;23(5):1118-30. Epub 2014 Mar 22.

Vergleichen wir nun abschliessend die halachischen Vorgaben bezüglich dem Behandlungsziel mit den Richtlinien der SAMW, kommen wir zu einem ähnlichen Schluss wie schon in vorherigen Kapiteln. Die Grundsätze sind oft recht unterschiedlich gewichtet, was aber für die Praxis nicht unbedingt die selben Unterschiede zur Folge hat. Die Abwägung zwischen Überleben und "Lebensqualität" kann schlussendlich in beiden Fällen sehr ähnlich ausfallen, obwohl die hintergründigen Überlegungen unterschiedlich sein mögen. Es ist wohl so, dass im religiösen Weltbild das gottgegebene Leben, in der modernen Ethik eher die vom Menschen erlebte Lebensqualität im Vordergrund steht. Man kann aber durchaus die von der Religion vertretenen Werte in das moderne Bild der Lebensqualität einbauen. So kann zum Beispiel die oben erwähnte bleibende Fähigkeit die Gebote der Tora weiterhin auszuüben durchaus in das Modell der Six Dimensions of Wellness eingebaut werden. Sie könnte als Kombination von physischer, emotionaler, intellektueller und spiritueller Funktionsfähigkeit verstanden werden.

5. Diskussion

Die ethischen Standpunkte der Richtlinien der SAMW und der Halacha sollen separat diskutiert werden. Dies erlaubt, wie bereits mehrmals erwähnt, zu jedem Punkt auch persönlich Stellung zu nehmen. Es sollen Stärken und Limitationen besprochen werden, auch die der Quellenauswahl meinerseits. Probleme, Chancen und offene Fragen, welche in beiden Standpunkten zu finden sind, werden ebenfalls erwähnt.

5.1. Richtlinien der SAMW

Die Stärken der Richtlinien der SAMW, deren nachweisbare Wissenschaftlichkeit, Professionalität und klar ersichtliche Motivation, wurden bereits genannt.¹⁴⁹ In meiner Wahl dieser Dokumente besteht meines Erachtens aber auch die wohl grösste Limitation dieser Arbeit. Die ethischen Grundsätze, auf welchen diese basieren, wurden von mir als stellvertretend für ein modernes Bild der Ethik verstanden. Dies ist natürlich ungenügend, müsste man doch eigentlich in die weite ethische Literatur und Diskussion zu jedem jeweiligen Standpunkt eintauchen. Das Ausmass und auch die Absicht dieser Arbeit entsprechen diesem Unterfangen jedoch nicht. Ich denke trotzdem, dass diese Richtlinien in einem hohen Masse repräsentativ sind und mit einer allgemeinen Haltung in unseren Kulturkreisen übereinstimmen.

Der offen gehaltene und allgemeine Stil der Richtlinie bietet die Möglichkeit, dass wirklich jeder Patient seine individuellen Vorstellungen in einer Patientenverfügung festhalten kann und dabei nicht von den Vorgaben der SAMW abweicht. Das macht dieses Dokument meines Erachtens sehr wertvoll und ist wohl genau im Sinne der Verfasser.

Wie andernorts bereits erwähnt, will ich hier auch die relevanten Artikel des Schweizerischen Gesetzbuches betrachten, auf welche sich die Richtlinien der SAMW mehrmals beziehen. Eine Textstelle aus diesen ist mir bei der Lektüre besonders aufgefallen und wurde auch bereits zitiert¹⁵⁰: „Eine urteilsfähige Person kann in einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.“¹⁵¹ Dieser Gesetzestext ist etwas problematisch. Dies kommt nicht von ungefähr, ist doch das ganze Themengebiet der End of Life Decisions sehr komplex und von dynamischer Natur. Abhängig von sich ändernden medizinischen Gegebenheiten müssen Entscheidungen immer wieder angepasst und erneuert werden. Eine strikte Auslegung des Gesetzes bindet hingegen nur an medizinische Massnahmen, welche der Patient will oder eben nicht, was in der Entscheidungsfindung jedoch oft sekundär ist. Medizinische Massnahmen einfach isoliert zu bejahen oder verneinen macht für die wenigsten Menschen Sinn, wollen doch die meisten wissen, was **die Folgen** einer solchen wären. Welchen Schaden kann ich von dieser Therapie davontragen? Was ist danach die in meiner Situation zu erwartende Lebensqualität? Wie stark werde ich an dieser Massnahme leiden? Diese und viele andere Fragen sind sehr individuell vom spezifischen Zustand eines jeden Patienten abhängig, sodass je nachdem in bestimmten Situationen ein und dieselbe Person einer solchen Massnahme zusagen würde, in anderen aber nicht. Eine Patientenverfügung sollte also, vielleicht nebst gewissen medizinischen Massnahmen, die Wert- und Lebensvorstellungen des Patienten beinhalten, welchen man mit ebendiesen Massnahmen gerecht werden soll. Diese jedoch gesetzlich so festzuhalten, dass es für medizinisches Personal dann auch

¹⁴⁹ Siehe oben 3.2. Inhalte einer Patientenverfügung.

¹⁵⁰ Siehe oben 2. Einleitung.

¹⁵¹ Art. 370 Abs. 1 ZGB.

bindend sei, ist schwierig. Selten kann man wohl im Falle einer Klage nachweisen, dass, im Verlauf der Behandlung, ein bestimmter Therapieentscheid des Behandlungsteams den Vorstellungen des Patienten von Werten und Lebensqualität unweigerlich widersprachen. Bei den medizinischen Massnahmen ist dies aber viel klarer, da in der Patientenverfügung konkrete Therapien abgelehnt werden können, was dann von den Behandelnden wortgetreu eingehalten werden muss. Dies könnte wohl ein Grund sein, weshalb sich der Gesetzestext auf die medizinischen Massnahmen beschränkt.

Eine offene Frage bleibt nach der Lektüre des Abschnittes über Lebensqualität in der Richtlinie "Intensivmedizinische Massnahmen", welchen ich teilweise zitiert¹⁵² habe. Die Erläuterungen zur Einschätzung der Lebensqualität sind dort für mich nicht ganz schlüssig. Einerseits achte man auf die Funktionsfähigkeit und das subjektive Erleben des Patienten, andererseits seien dabei die verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität zu beachten. Mein Verständnis dieser Vorgaben ist, dass man bei fast jeder dieser sechs Dimensionen eigentlich drei Dinge gut abwägen soll: die zu erwartende Funktionsfähigkeit des Patienten bezüglich dieser, wie der Patient diese subjektiv erlebt und welche Wichtigkeit er ihr beimisst. Das könnte vielleicht als eine nützliche Checkliste zur Lebensqualität dienen: man notiert sich jeden der sechs Punkte und teilt diese wiederum auf in die Subkategorien Wichtigkeit, Funktionsfähigkeit und subjektives Erleben.

5.2. Halachische Sicht

Die "Halachisch-medizinische Enzyklopädie" von Prof. Abraham Steinberg, welche von mir grösstenteils zur Erarbeitung der halachischen Quellen gebraucht wurde, hat ihre Stärke sicherlich in der grossen Spannweite der untersuchten Literatur und der detaillierten Quellenangabe. Diese und weitere Vorzüge wurden an anderer Stelle bereits erwähnt.¹⁵³ Natürlich muss dies aber auch als Einschränkung betrachtet werden, ist es doch jederzeit möglich, dass weitere Quellen zu einem Thema vorhanden wären, welche in diesem Werk keinen Platz gefunden haben.

Probleme im halachischen Teil der Arbeit zeigten sich vor allem bei der genauen Definition der fünf Begriffe des End of Life Stadiums: Noteh Lamut, Goses, Trefah, Sch'chiv Mera, Chaye Scha'a. Die halachische Literatur selbst bietet keine solche Definition, vielmehr muss versucht werden diese aus den Quellen heraus zu erarbeiten. Das ist sozusagen das halachische Handwerk. Es ist gut möglich, dass schon zu Zeiten des Talmud gewisse Meinungsverschiedenheiten darüber bestanden, wann beispielsweise ein Patient als Goses behandelt werden muss und wann noch nicht. Eine explizite Diskussion darüber gibt es jedoch nicht, vielleicht auch eben gerade weil die Kriterien so unklar und schwer zu erfassen sind und damals wohl noch mehr waren. Es wurden einige Meinungen zitiert, welche im medizinischen Fortschritt ein weiteres Erschweren diesbezüglich sehen. Der Grundton ihrer Argumentation besteht darin, dass es heute im Gegensatz zur talmudischen Zeit gewisse therapeutische Möglichkeiten gibt, welche den Zustand des Patienten drastisch verbessern können, während dieser früher unweigerlich verstorben wäre. In meinen Augen ist es genau umgekehrt. Mit unseren viel genaueren klinischen Kriterien und diagnostischen Mitteln in der modernen Medizin müsste es uns heute viel leichter fallen, diese verschiedenen Phasen des Sterbens festzuhalten. Ausserdem besagt eine bereits zitierte Stelle im Talmud: "Die Mehrheit der Gos-

¹⁵² Siehe oben 4.2.2.1.2., Fussnote 146.

¹⁵³ Siehe oben 3.3. Halachische Betrachtung.

esim zum Tode.”¹⁵⁴ Dies deutet doch offenbar darauf hin, dass auch zur damaligen Zeit ein Sterbender ziemlich überraschend wieder zu Kräften kommen konnte, obwohl von seinem behandelnden Umfeld der unmittelbare Tod erwartet wurde. Eine gewisse Fehlerquote ist also praktisch vorgegeben, gut möglich, dass sie heute um einiges kleiner ist als damals.

Relevant ist eine solche genauere Definition vor allem bei den Begriffen Goses, Trefah und Sch’chiv Mera, weil sie gewisse halachische Konsequenzen mit sich bringen.¹⁵⁵ Noteh Lamut ist, wie bereits erwähnt, wohl eine Art Überbegriff. Chaye Scha’a wird vor allem zum Chaye Olam kontrastiert, es geht also um ein Abwägen zwischen einem kurzfristigen Überleben mit schlechter Langzeitprognose und einem unsicheren längerfristigen Weiterleben. Die Bestimmung des Goses hat direkte Implikationen auf die Therapie und kann wohl mit der Agonie¹⁵⁶ gleichgesetzt werden. Dabei kann es zum Todesrasseln oder zur präfinalen Schnappatmung kommen, welche mögliche Begriffserklärungen des Wortes “Goses” sind, wie an anderer Stelle erwähnt. Beachten wir beim Trefah das Kriterium vom Versterben innerhalb von 12 Monaten, haben wir in der modernen Medizin mit der sogenannten “surprise question”¹⁵⁷ eine sehr passende Parallele: Would you be surprised if this patient died in the next year? Eine Fehleinschätzung ist hier natürlich möglich, hingegen kann man wohl davon ausgehen, dass auch in früheren Zeiten gewisse Patienten fehldiagnostiziert wurden und die 12 Monate überlebten. Für die Definition des Sch’chiv Mera scheint es schwierig, eine zeitgemässe Parallele zu finden, die in der Halacha erwähnten Kriterien müssen dazu wohl ausreichen.

Eine offene Frage bleibt für mich in der halachischen Betrachtung dieser Thematik, was die verschiedenen Arten von Leiden für einen Stellenwert haben. An einigen Stellen wurde hier die Möglichkeit der Einschränkung von lebensverlängernden Massnahmen aufgrund des Leidens des Patienten angesprochen. Was jedoch ist sozusagen halachisch legitimes Leiden? Muss man dabei Schmerzen empfinden oder zählt auch eine ungewollte Pflegebedürftigkeit oder Wesensveränderung dazu? Ist nur physisches, oder auch psychisches Leiden gemeint? Diese offene Frage ist dementsprechend vielleicht auch eine Chance. Gewisse Leidensformen können bei dieser nicht spezifizierten halachischen Definition mit einbezogen, und dem Patienten so auch mehr Selbstbestimmungsrecht zugesprochen werden.

¹⁵⁴ bGittin 28a (eigene Übersetzung) und weitere.

¹⁵⁵ Siehe bei den jeweiligen Begriffserklärungen unter 4.2.1.1. “Lebensende”.

¹⁵⁶ Übersetzt wurde im Text “moribund”, was dem Zustand der Agonie gleichkommen sollte. Das hebräische Wort “Goses” bezieht sich eben auf den Patienten und nicht auf seinen Zustand.

¹⁵⁷ Siehe beispielsweise: Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, et al. The 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. Palliat Med. 2014 Mar 24;28(7): 959-964.

6. Literaturverzeichnis

Dieses Literaturverzeichnis ist in Primär- und Sekundärliteratur unterteilt, weil viele der Quellen aus biblischen oder halachischen Grundtexten bestehen. In der Halacha dient jeweils ein früheres Werk oft als Quellentext für spätere Verfasser, sodass ich eine Art "cut-off" festlegen musste. Dies wurde hier mit dem Werk "Schulchan Aruch"¹⁵⁸ gemacht, welches im Jahr 1565 erstmals publiziert wurde und mitsamt seinen Kommentaren für die meisten orthodoxen Juden als Standardwerk der Halacha gilt. Davor zählen alle Texte zur Primärliteratur. Der "Schulchan Aruch" und alles, was chronologisch auf diesen folgt, sind Sekundärliteratur. Texte aus dem Schweizerischen Gesetz gehören ebenfalls zur Primärliteratur.

6.1. Primärliteratur

Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (Stand am 1. Juli 2014).

Tora (Fünf Bücher Mose). Jerusalem: Koren; 1889. Hebräisch.

Mischna. Jerusalem: Shalem; 1996. Hebräisch.

Tossefta (Lieberman S, Hrsg.). New York: The Jewish Theological Seminary of America; 2001. 3. Aufl. Hebräisch.

Babylonischer Talmud¹⁵⁹. Vilna: Romm; 1886. Hebräisch/Aramäisch.

Schlomo ben Yitzchak (Raschi). Kommentar zum babylonischen Talmud. Vilna: Romm; 1886. Hebräisch.

Tossafot (Sammelwerk von Talmudkommentatoren). Kommentar zum babylonischen Talmud. Vilna: Romm; 1886. Hebräisch.

Maimonides. Kommentar zur Mischna (Qafih Y, Hrsg. und Übers.). Jerusalem: Mossad Harav Kook; 1963-69. Hebräisch.

Maimonides. Mischne Tora. Jerusalem-Bnei Brak: Frankel; 2005. Hebräisch.

6.2. Sekundärliteratur

Ramsenthaler C. Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“. In: Schnell M, Schulz C, Kolbe H, Dunger C, Hrsg. Der Patient am Lebensende, Palliative Care und Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2013. S. 23-42.

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz Pädagogik; 2010.

Herdin T, Luger K. Kultur als Medium der Kommunikation. In: Hamberger E, Luger K, Hrsg. Transdisziplinäre Kommunikation. Wien: Österreichischer Kunst- und Kulturverlag; 2008. S. 143-71.

Kramer D. Kulturelle Vielfalt und kultureller Dialog. Medien Journal. 2001;(4):5-18.

Dworschak H: Vertrautheit und Staunen. Zur Problematik interkulturellen Verstehens. In: Fröhlich G, Mörth I, Hrsg. Symbolische Anthropologie der Moderne. Kulturanalysen nach Clifford Geertz. Frankfurt/M.-New York: Campus; 1998. S. 67-80.

¹⁵⁸ Siehe 2. Einleitung, wo in einer kurzen allgemeinen Erläuterung des Begriffs "Halacha" der Stellenwert dieses Werkes dargelegt wird.

¹⁵⁹ In den Fussnoten jeweils abgekürzt mit einem vorgesetzten kleinen Buchstaben "b".

- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Patientenverfügung. Ethische Erwägungen zum neuen Erwachsenenschutzrecht unter besonderer Berücksichtigung der Demenz. Bern: NEK-CNE; 2011. Stellungnahme Nr. 17.
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Standesordnung FMH. Bern: FMH; 1996. Letzte Revision: 8. Mai 2014.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Patientenverfügungen. 3. Aufl. Basel: SAMW; 2013.
- Steinberg A. Enzyklopedia Hilchatit-refu'it. 2. Aufl. Jerusalem: Schlesinger Institute; 2006. Hebräisch.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Reanimationsentscheidungen. 3. Aufl. Basel: SAMW; 2013.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Intensivmedizinische Massnahmen. Basel: SAMW; 2013.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW. 2. Aufl. Basel: SAMW; 2006.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. 5. Aufl. Basel: SAMW; 2013.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Palliative Care. 6. Aufl. Basel: SAMW; 2013.
- Karo Y. Schulchan Aruch. Venedig: Parenzo; 1565. Hebräisch.
- Isserles M. Mappah Notizen zum Schulchan Aruch. Krakau: Prostitz; 1571. Hebräisch.
- Abraham AS. Nischmat Avraham. Jerusalem: Schlesinger Institute; 2007. Hebräisch.
- Silberstein Y. [Abweichungen bei der Behandlung des terminalen Patienten]. Assia. 1986;5:80-1. Hebräisch.
- Waldenberg E. Responsa Tzitz Eliezer. Jerusalem: Mossad Harav Kook; 1945-98. Hebräisch.
- Feinstein M. Responsa Igrot Mosche. New York: Noble Book Press; 1959-96. Hebräisch.
- Herschler M. ["Trefah" beim Menschen]. In: Herschler M, Hrsg. Halacha ve Refua. Jerusalem: Machon Regensburg; 1981. S. 49-52. Hebräisch.
- Karelitz AY. Chazon Isch. Vilna-Jerusalem: Greiniman; 1911-53. Hebräisch.
- Frumer AZ. Responsa Eretz Tzvi. Lublin: Zwekin; 1938. Hebräisch.
- Karo Y. Beit Yosef. Venedig-Sabbioneta: Foa; 1550-9. Hebräisch.
- Luria S. Chochmat Schlomo. Krakau: Prostitz; 1582. Hebräisch.
- Kook AY. Responsa Mischpat Kohen. Jerusalem: Mossad Harav Kook; 1937. Hebräisch.
- Kagan IM. Mischna Brura. Warschau: Unterhändler; 1884-1907. Hebräisch.

- Schreiber M. Responsa Chatam Sofer. Pressburg 1855-64. Hebräisch.
- Epstein YM. Aruch HaSchulchan. Warschau: Schriftgiesser; 1884-93. Hebräisch.
- Eybeschütz J. Kreti u Pleti. Altona: Katz; 1763. Hebräisch.
- Eisenstadt M. Responsa Panim Meiros. Amsterdam: Proops; 1715-39. Hebräisch.
- Emden Y. Responsa Sche'elat Ya'abetz. Altona: Katz; 1738-59. Hebräisch.
- Schwadron S. Responsa Shut Maharscham. Jerusalem: Machon Chatam Sofer; 1974. Hebräisch.
- Jakobovits I. HaRefua ve HaJahadut. Jerusalem: Mossad Harav Kook; 1966. Hebräisch.
- Babad Y. Minchat Chinuch. Lemberg: Salath; 1869. Hebräisch.
- Bleich JD. Survey of Recent Halakhic Periodical Literature. Treatment of the Terminally Ill. Tradition. 1996;30(3):51.
- Goldberg ZN. [Abbruch der Beatmung beim todkranken Patienten]. In: Halperin M, Hrsg. Emek Halacha - Assia. Jerusalem: Schlesinger Institute; 1985. S. 64-83. Hebräisch.
- Shilat Y. Refua Halacha ve Kavanot HaTora. Jerusalem: Shilat Publishing; 2013. Hebräisch.
- Hettler B. Six Dimensions of Wellness Model. Stevens Point (WI): National Wellness Institute; 1976.
- Nathenson PA, Nathenson SL, Divito KS. Implementing the New CARF Wellness Standards. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2014 May-Jun;23(5):1118-30. Epub 2014 Mar 22.
- Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, et al. The 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. Palliat Med. 2014 Mar 24;28(7):959-964.

7. Lebenslauf

Name, Vorname	Schächter, Doron
Geschlecht:	männlich
Geburtsdatum:	01.12.1983
Heimatort und Kanton	von Endingen AG
Ausbildung:	1990-1996, NOAM-Schule, Zürich 1996-2002, Kantonsschule Freudenberg, Zürich (Maturitätszeugnis mit neusprachlichem Profil) 2005-2009, Lifshitz College of Education, Jerusalem seit 2009, Studium Humanmedizin an der Universität Zürich

8. Erklärung

Originalarbeit

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der von mir im Rahmen des Studiengangs
Humanmedizin

eingereichten schriftlichen Arbeit mit dem Titel

Vergleich der Inhalte “Anwendungsbereich” und “Behandlungsziel” einer Patientenverfügung in den Medizin-ethischen Richtlinien der SAMW mit dem jüdischen Religionsgesetz

um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie *in eigenen Worten* verfasste Originalarbeit handelt.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganzes oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der Universität Zürich oder an einer anderen Universität oder Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist.

Verwendung von Quellen

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich *sämtliche* in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich *ausnahmslos* und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

Sanktionen

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbstständigkeitserklärung verletzen – insbesondere solche, die Zitate oder Paraphrasen ohne Herkunftsangaben enthalten –, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen können (gemäss §§ 7ff der Disziplinarordnung der Universität Zürich sowie §§ 51ff der Rahmenverordnung für das Studium in den Bachelor- und Master-Studiengängen an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Datum: 29.01.2015

Name: Schächter

Vorname: Doron

Unterschrift:.....